

saúde coletiva

ANO 12 • NÚMERO 77
JUNHO • 2022
ISSN 1806-3365
ISSN 2175-2982

Mala Direta Básica
CNPJ 18.590.546/0001-05
DR/SPM/SP
Cliente
MPM COMUNICAÇÃO LTDA
Correios



QUALIDADE DE VIDA E QUEIXAS DE DOR MUSCULOESQUELÉTICA EM PROFISSIONAIS DE UM INSTITUTO DE ENSINO

Tecnologia educativa na saúde das juventudes: Uma análise conceitual ▪ Uso de plantas medicinais por usuários de um serviço de atenção primária à saúde ▪ Estratégias efetivas para a capacitação profissional na atenção primária à saúde: Revisão integrativa ▪ Vivências no sistema saúde escola de Sobral/CE ▪ É possível melhorar o acolhimento na pandemia? Uma experiência na atenção primária ▪ Qualidade de vida e queixas de dor musculoesquelética em profissionais de um instituto de ensino ▪ Análise bibliográfica sobre infecções latentes da tuberculose (ILT) em profissionais da saúde na atenção básica ▪ Morbidade e mortalidade por COVID-19 em olinda: Uma análise a partir de boletins epidemiológicos ▪ A visão e prática dos conselheiros de saúde sobre o conceito ampliado de saúde ▪ É como se fossemos o próprio vírus: sentimentos de profissionais da saúde na pandemia COVID-19 ▪ Impacto da pandemia COVID-19 na doação de sangue: Uma revisão integrativa ▪ Evidências científicas para o autocuidado de pessoas com estomias intestinais ▪ A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica no Brasil: Revisão integrativa da literatura ▪ Tendência da produção científica da enfermagem acerca do abuso sexual infantil: Revisão narrativa ▪ Fatores associados a violência contra a pessoa idosa no estado do Paraná, Brasil

Revista Científica

Editor Científico Chefe

Prof. Me Jefferson Carlos de Oliveira

Centro Universitário Anhanguera de São Paulo- Vila Mariana, UNIAN, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/5219445594942021>
<https://orcid.org/0000-0002-5258-7099>

Assessor Científico

Profa. Dra. Claudia Jaqueline Martinez Munhoz

Graduação em Enfermagem Fundação Educacional de Fernandópolis – SP/ Doutorado em Ciências da Saúde (Famerp). São José do Rio Preto – SP
<http://lattes.cnpq.br/8132058586176170>

Editora executiva

Maria Aparecida dos Santos

Diagramação

Jheniffer Sobral

Gerente de Marketing

Lucas Soares
(lucas@mpmcomunicacao.com.br)

Assinaturas

assinaturas@mpmcomunicacao.com.br

Publicidade

maria.aparecida@mpmcomunicacao.com.br

Envio de Artigos

artigo1@mpmcomunicacao.com.br ou
www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/

Atendimento ao Cliente

artigo1@mpmcomunicacao.com.br

Endereço

Editora MPM Comunicação
Av. Hilário Pereira de Souza, 406 - 7º Andar, Sala 703
CEP: 06010-170, Centro - Osasco - SP

Periodicidade: Mensal | Tiragem: On-line

O número no qual se inicia a assinatura corresponde ao mês seguinte ao do recebimento do pedido de assinatura em nossos escritórios.

ACESSE: www.revistasaudecoletiva.com.br



www.facebook.com/revistasaudecoletiva



www.instagram.com/revistasaudecoletiva



Propriedades e direitos

Direitos de autor: todos os artigos, desenhos e fotografias estão sob a proteção do Código de Direitos de Autor e não podem ser total ou parcialmente reproduzidos sem permissão prévia, por escrito, da empresa editora da revista. A Saúde Coletiva envidará todos os esforços para que o material mantenha total fidelidade ao original, pelo que não pode ser responsabilizada por erros gráficos surgidos. As opiniões expressas em artigos assinados não correspondem necessariamente à opinião dos editores.



Todo o conteúdo desse periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

O conselho da revista Saúde Coletiva é independente, não apresentando, desta forma, conflitos de interesse de nenhuma espécie com o conhecimento científico veiculado.

Os trabalhos deverão preservar a confidencialidade, respeitar os princípios éticos da Enfermagem e trazer a aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução CNS – 466/12).

INDEXAÇÃO: Google Scholar, Diadorim - Repositório IBICT, Latindex, Cuiden, Cinahal e Redalyc.

Conselho de Editores Científicos

Adilson da Costa

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3454558681577581>
<http://orcid.org/0000-0003-0873-6840>

Adriana Gomes Nogueira Ferreira

Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia (Campus Imperatriz).- Imperatriz, MA.
<http://lattes.cnpq.br/4245835067415813>
<https://orcid.org/0000-0002-7107-1151>

Aline Coelho Macedo

Universidade Anhanguera. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8416253763479023>
<http://orcid.org/0000-0002-6489-4125>

Ana Claudia Torres de Medeiros

Docente da Unidade Acadêmica de Enfermagem, Coordenadora de Pesquisa e Extensão - UAENF. Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
<http://lattes.cnpq.br/9746118157794302>
<https://orcid.org/0000-0002-3695-9745>

Ana Cristina de Sá

Universidade Anhembí. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3850056733257356>
<http://orcid.org/0000-0003-1211-6783>

Barbara Bertolossi Marta de Araujo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3830300196949690>
<https://orcid.org/0000-0001-9421-0161>

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Universidade Federal do Pará. Belém/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9603271880856443>
<http://orcid.org/0000-0002-1891-4201>

Cláudia Cristina Soares da Silva-Muniz

Universidade Nove de Julho, São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5579230935280165>
<http://orcid.org/0000-0002-2472-8181>

Cristina Helena Costanti Settervall

Universidade de São Paulo. São Paulo, SP – Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4195776312010208>
<http://orcid.org/0000-0003-4804-0725>

Cristiane Maria Amorim Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. RJ/Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-1089-2092>
<http://lattes.cnpq.br/4237974902524134>

Danila Torres Leite

Centro Universitário São Camilo. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0383381942320389>
<http://orcid.org/0000-0002-1661-4133>

Éder Alves Marques

LS Educacional. DF/Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2007171603595983>
<https://orcid.org/0000-0003-1031-054X>

Éktor Tsuneo Onishi

Universidade Federal de São Paulo. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/9383669632593200>
<http://orcid.org/0000-0003-1501-8409>

Francivalma Soares Sousa Carvalho Filha

Universidade Estadual do Maranhão, Centro de Estudos Superiores de Balsas. Balsas, MA.
<http://lattes.cnpq.br/5461511268392674>

<https://orcid.org/0000-0001-5197-4671>

Francisco Antonio da Cruz Mendonça

Centro Universitário Estácio do Ceará. Água Fria- Fortaleza, CE - Brasil
Fortaleza, CE.
<http://lattes.cnpq.br/6880769206710181>
<https://orcid.org/0000-0002-3957-7048>

Gisela Cardoso Ziliotto

Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/8405367072349398>
<http://orcid.org/0000-0001-8508-5100>

Glilciane Morceli

Universidade do Estado de Minas Gerais/Unidade Passos Belo Horizonte, MG. <http://lattes.cnpq.br/9829229885197371>
<https://orcid.org/0000-0001-8216-9931>

Gustavo Alves Andrade dos Santos

Centro Universitário Senac. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4835322024843507>
<http://orcid.org/0000-0002-2949-2382>

Hortensia Castañeda Hidalgo

Surgical nurse, Master in higher education, Master of nursing sciences, PhD in Health Sciences.
<https://orcid.org/0000-0002-6262-4578>

Jose Anderson Santos Cruz

Faculdade de Ciências e Letras (FCLAr/UNESP) – Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2419735299778580>
<https://orcid.org/0000-0001-5223-8078>

Keila do Carmo Neves

Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ/Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5625826441630693>
<https://orcid.org/0000-0001-6164-1336>

Luciana Mara Monti Fonseca

Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP.
<http://lattes.cnpq.br/2405356819478086>
<https://orcid.org/0000-0002-5831-8789>

Luciana Valadão Vasconcelos Alves

Instituto Federal Fluminense. RJ/Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4855214679462841>
<https://orcid.org/0000-0003-2159-543X>

Lúisa Helena de Oliveira Lima

Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, – Canto da Várzea – Picos – PI.
<http://lattes.cnpq.br/4744798845266990>
<https://orcid.org/0000-0002-4119-0491>

Maria Aparecida Salci

Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde- Maringá, PR.
<http://lattes.cnpq.br/2173078969887665>
<https://orcid.org/0000-0002-6386-1962>

Maria Aurélia da Silveira Assoni

Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata - FACISB
<http://lattes.cnpq.br/2592331277756506>
<https://orcid.org/0000-0002-6460-9267>

Maria Cristina Marcucci Ribeiro

Universidade Anhanguera. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3785872046836692>
<http://orcid.org/0000-0002-8065-5618>

Maria Helena de Agreia Gonçalves Jardim

Universidade da Madeira. Madeira/ Portugal
<http://lattes.cnpq.br/6915461763464112>

<http://orcid.org/0000-0001-7622-1449>

Marieli Basso Bolpato

Universidade Federal de Mato Grosso, MT, Brasil.
<http://orcid.org/0000-0002-7923-2343>
<http://lattes.cnpq.br/3870064419838045>

Nadja Maria Codá dos Santos

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Hospitalar. São Paulo, SP.
<http://lattes.cnpq.br/1882132128651871>
<https://orcid.org/0000-0002-0859-8209>

Neudson Johnson Martinho

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Medicina / UFMT. Cuiabá, MT.
<http://lattes.cnpq.br/4035705050238581>
<https://orcid.org/0000-0001-9176-2729>

Renata Coelho Scharlach

Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1448717008023148>
<http://orcid.org/0000-0002-8567-3401>

Renata de Jesus Teodoro

Universidade Bandeirante de São Paulo. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5833391054988679>
<http://orcid.org/0000-0002-4143-9525>

Renata Pascoal Freire

Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. Rio de Janeiro/Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/2164918203082963>
<http://orcid.org/0000-0003-4366-7123>

Rika Miyahara Kobayashi

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo. SP.
<http://lattes.cnpq.br/1282975035460503>
<https://orcid.org/0000-0001-8569-4264>

Rosângela Elaine Minéo Biagolini

Universidade Nove de Julho. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2422579034820516>
<http://orcid.org/0000-0003-2061-5611>

Rozemere Cardoso de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz, Departamento de Ciências da Saúde. Salobrinho- Ilhéus, BA.
<http://lattes.cnpq.br/0674828590635391>
<https://orcid.org/0000-0003-2705-1556>

Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior

Universidade Nove de Julho. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/3015509051693108>
<http://orcid.org/0000-0003-0272-9279>

Thiago Moura de Araújo

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7700932593617131>
<http://orcid.org/0000-0002-8410-0337>

Vanessa Ribeiro Neves

Universidade Federal de São Paulo. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7132941543481307>
<http://orcid.org/0000-0002-2226-4723>

Valnice de Oliveira Nogueira

Universidade Nove de Julho. São Paulo/ Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5536076459761514>
<http://orcid.org/0000-0001-7726-8839>

Sérgio Henrique Simonetti

Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo- SP, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-7840-8004>
<http://lattes.cnpq.br/4306791867788079>

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A **Revista Saúde Coletiva**, tem por objetivo a divulgação de assuntos na área de Saúde Coletiva, colaborando, assim, com o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais. **Para o envio para apreciação do conselho científico com possível publicação posterior na Revista Saúde Coletiva, o trabalho deverá atender às seguintes normas:**

01. Devem ser feitas as submissões via site e/ou e-mail: www.revistasaudecoletiva.com.br/submissao, artigo1@mpmcomunicacao.com.br acompanhados de solicitação para publicação e de termo de cessão de direitos autorais assinados pelos autores.
02. Será cobrado após aprovação do estudo um valor de **R\$880,00 por artigo publicado**.
03. Os autores devem checar se **descritores utilizados no artigo constam no DeCS** (Descritores em Ciências da Saúde).
04. Não ter sido publicado em **nenhuma outra publicação nacional**.
05. Ter, no máximo, **10 páginas de texto**, incluindo resumo (português, inglês e espanhol – inclusive título do artigo) com até **19 mil caracteres** com espaço, ilustrações, diagramas, gráficos, esquemas, referências bibliográficas e anexos, com espaço entrelinhas de 1,5, margem superior de 3 cm, margem inferior de 2 cm, margens laterais de 2 cm e letra arial tamanho 12. Os originais deverão ser encaminhados em formato Word.
06. Será cobrado após aprovação do estudo uma taxa de **Revisão e Tradução. (Apenas para Assinantes)**
07. **Caberá à redação** julgar o excesso de ilustrações, suprimindo as redundantes. A ela caberá também a adaptação dos títulos e subtítulos dos trabalhos, bem como o copidesque do texto, com a finalidade **de uniformizar a produção editorial**.
08. As referências bibliográficas deverão estar de acordo com os requisitos uniformes para manuscritos apresentados a revistas médicas elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (**Estilo Vancouver**).
09. **Evitar siglas e abreviaturas**. Caso necessário, deverão ser precedidas, na primeira vez, do nome por extenso. Solicitamos destacar frases ou pontos-chave. Explicitar os unitermos.
10. É **OBRIGATORIO** conter, no final do **Documento Word**, o endereço completo do(s) autor(es), e-mail e telefone(s) e, no rodapé, a função que exerce(m), a instituição a que pertence(m), o **ORCID**, títulos e formação profissional. Pode conter **para cada estudo até 06 (seis) autores**.
11. É **OBRIGATORIO** conter, resumos nos idiomas português, inglês e espanhol
12. Não será permitida a inclusão no texto de nomes comerciais de quaisquer produtos. Quando necessário, **citar apenas a denominação química ou a designação científica**.
13. **O Conselho Científico pode efetuar eventuais correções** que julgar necessárias, sem, no entanto, alterar o conteúdo do artigo.
14. O original do artigo não aceito para publicação **será devolvido** ao autor indicado, **acompanhado de justificativa** do Conselho Científico.
15. **O conteúdo dos artigos é de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es)**. Os trabalhos publicados terão seus direitos autorais resguardados pela **Editores MPM Comunicação LTDA**. e só poderão ser reproduzidos com autorização desta.
16. Os trabalhos deverão **preservar a confidencialidade**, respeitar os **princípios éticos** da Enfermagem e trazer a **aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa** (Resolução CNS – 466/12).
17. Ao **primeiro autor do artigo** serão enviados dois exemplares desta revista.
18. Caso os autores possuam **fotos que possam ilustrar o artigo**, a Nursing agradece a colaboração, esclarecendo que as mesmas serão devolvidas após a publicação.
19. Os trabalhos, bem como qualquer correspondência, deverão ser enviados para: **REVISTA SAÚDE COLETIVA – A/C DO CONSELHO CIENTÍFICO**, Av. Hilário Pereira de Souza, 406 - 7º Andar, Sala 703 - CEP: 06010-170, Centro - Osasco, SP

10594 EDITORIAL

Liderança Educadora: um diferencial transformador para instituições de saúde

Educative leadership: a transformative differential for health institutions

ARTIGOS CIENTÍFICOS

10600 Tecnologia educativa na saúde das juventudes: Uma análise conceitual

Educational technology in youth's health: A conceptual analysis

Tecnología educativa en salud juvenil: Un análisis conceptual

10616 Uso de plantas medicinais por usuários de um serviço de atenção primária à saúde

Use of medicinal plants by users of a primary health care service

Uso de plantas medicinales por usuarios de un servicio de atención primaria de salud

10628 Estratégias efetivas para a capacitação profissional na atenção primária à saúde: Revisão integrativa

Effective strategies for professional training in primary health care: Integrative review

Estrategias efectivas para la formación profesional en atención primaria de salud: Revisión integrativa

10640 Vivências no sistema saúde escola de Sobral/CE

Experiences in the school health system of Sobral/CE

Experiencias en el sistema de salud escolar de Sobral/CE

10650 É possível melhorar o acolhimento na pandemia? Uma experiência na atenção primária

Is it possible to improve reception in the pandemic? An experience in primary care

Es posible mejorar la recepción en la pandemia? Una experiencia en atención primaria

10658 Qualidade de vida e queixas de dor musculoesquelética em profissionais de um instituto de ensino

Quality of life and complaints of musculoskeletal pain in professionals of an educational institute

Calidad de vida y quejas de dolor musculoesquelético en profesionales de un instituto de enseñanza

10676 Análise bibliográfica sobre infecções latentes da tuberculose (ILT) em profissionais da saúde na atenção básica

Bibliographic analysis on latent tuberculosis infections (LTI) in health professionals in basic care

Análisis bibliográfico sobre infecciones tuberculosas latentes (ITL) en profesionales sanitarios de atención básica

10688 Morbidade e mortalidade por COVID-19 em olinda: Uma análise a partir de boletins epidemiológicos

Morbidity and mortality by COVID-19 in olinda: An analysis from epidemiological bulletins

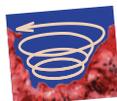
Morbilidad y mortalidad por COVID-19 en olinda: Un análisis a partir de boletines epidemiológicos

- 10702** **A visão e prática dos conselheiros de saúde sobre o conceito ampliado de saúde**
The vision and practice of health counselors about the expanded concept of health
La visión y la práctica de los consejeros en salud sobre el concepto ampliado de salud
- 10714** **É como se fossemos o próprio vírus: sentimentos de profissionais da saúde na pandemia COVID-19**
It's as if we were the virus itself: feelings of health professionals in the COVID-19 pandemic
Es como si fuéramos el propio virus: sentimientos de los profesionales de la salud en la pandemia de COVID-19
- 10730** **Impacto da pandemia COVID-19 na doação de sangue: Uma revisão integrativa**
Impact of the COVID-19 pandemic on blood donation: An integrated review
Impacto de la pandemia de COVID-19 en la donación de sangre: Una revisión integradora
- 10746** **Evidências científicas para o autocuidado de pessoas com estomias intestinais**
Scientific evidence for the self-care of people with intestinal stomas
Evidencia científica para el autocuidado de personas con ostomas intestinales
- 10762** **A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica no Brasil: Revisão integrativa da literatura**
The systematization of nursing assistance in primary care in Brazil: Integrative literature review
La sistematización de la asistencia de enfermería en la atención primaria en Brasil: Revisión integrativa de la literatura
- 10776** **Fatores associados a violência contra a pessoa idosa no estado do Paraná, Brasil**
Factors associated with violence against the elderly in the state of Paraná, Brazil
Factores asociados a la violencia contra los ancianos en el estado de Paraná, Brasil
- 10796** **Tendência da produção científica da enfermagem acerca do abuso sexual infantil: Revisão narrativa**
The scientific nursing production trend about child sexual abuse: Narrative review
Trends in scientific production in nursing about child sexual abuse: A narrative review

No tratamento de feridas, protocolo diferenciado.



- Mantém o meio úmido da lesão e proporciona hidratação local¹⁻³
- Estimula a formação de tecido de granulação, acelerando a cicatrização¹⁻³
- Atua nas 3 fases do processo cicatricial (inflamatória, proliferativa e remodeladora)¹⁻³



HYALUDERMIN® – ácido hialurônico – Creme – Acelerando a cicatrização

■ **INDICAÇÕES:** Hyaludermín® é um creme cicatrizante. É indicado para situações em que é necessário acelerar o processo de recuperação da pele, como acontece em casos de feridas de várias causas, como cortes, arranhões, queimaduras, esfolamentos e outros tipos de ferimentos. Nesse caso, também é útil no tratamento de feridas de solução mais complexa, tais como: lesões por pressão, úlceras de origem vascular (associadas a varizes ou insuficiência arterial) e úlceras crônicas em pacientes diabéticos. ■ **CONTRAINDICAÇÕES:** pacientes com história de hipersensibilidade a qualquer um dos seus componentes. ■ **POSOLOGIA:** realizar 1 a 3 aplicações tópicas ao dia, até que se obtenha a resolução total da lesão. ■ **REAÇÕES ADVERSAS:** é possível a ocorrência de fenômenos de sensibilização. Todavia sua frequência ainda não está bem estabelecida. ■ **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** aconselha-se assepsia rigorosa antes de cada aplicação tópica. O uso do produto, quando prolongado, pode dar origem a fenômenos de sensibilização. Na ocorrência de qualquer reação desagradável, é necessário interromper o tratamento e procurar orientação médica. Categoria de risco “B” na gravidez; ou seja, os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres grávidas. ■ **APRESENTAÇÕES:** creme contendo 2 mg de ácido hialurônico (sal sódico) por grama. Embalagens contendo: bisnaga com 10 g ou bisnaga com 30 g. **Reg. MS - 1.0341.0053 - VENDA SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

HYALUDERMIN® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA.

Referências: 1. Chen WY, Abatangelo G. Functions of hyaluronan in wound repair. *Wound Repair Regen.* 1999 Mar-Apr; 7(2):79-89. 2. Frenkel JS. The role of hyaluronan in wound healing. *Int Wound J.* 2014 Apr; 11(2):159-63. 3. Brown, J.A. The role of hyaluronic acid in wound healing's proliferative phase. *J Wound Care.* 2004; 13(2):48-51.



Your experience, your expertise,
your expectations

TRB PHARMA INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA LTDA.

Av. Giuseppina Vianelli Di Napoli, 1100 - Barão Geraldo - Polo II de Alta Tecnologia - Campinas - SP - CEP 13086-903
Tel: (19) 3787.3000 - Fax: (19) 3249.0102 - trb@trbpharma.com.br - www.trbpharma.com.br - CNPJ: 61.455.192/0001-15

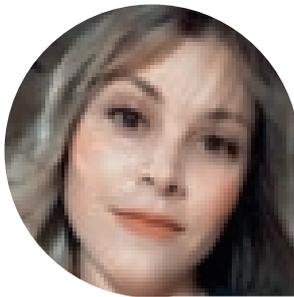


Liderança Educadora: um diferencial transformador para instituições de saúde



Maria Aurélia da Silveira Assoni

Graduação em Enfermagem, Mestre em Ensino em Saúde, MBA Executivo em Saúde, Especialização em Preceptoria do SUS, Docência em Educação, Enfermagem do Trabalho, Terapia Intensiva e Emergência para Crianças e Adolescentes, Ginecologia e Obstetrícia. Coordenadora da Educação Permanente da rede de saúde do Hospital de Amor. Supervisora de Serviço de Saúde da Atenção Primária do Município de Barretos. Coordenadora do curso de Especialização em Gestão e Liderança em Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata.



Daniela Paro Zanzarino

Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Graduação em Pedagogia pela Faculdade Paulista Unipiaget. Especialização em UTI Cardíaca e Hemodinâmica pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP. Especialização de Enfermagem em Nefrologia. Centro Universitário Herminio Ometto de Araras, UNIARARAS. Especialização em Formação de Docentes em Enfermagem Faculdade de Educação São Luís, Jaboticabal.



Érika Moreti Campitelli

Graduação Enfermagem na Faculdade de Medicina Marília, Pós-Graduação em: Enfermagem oncologia, Faculdade de Medicina USP e Especialização Gestão em Saúde pelo Senac, Liderança e Gestão Saúde – FACISB. Enfermeira da educação Corporativa do Hospital de Amor, Barretos-SP.

No Brasil e no mundo ocorrem constantemente mudanças nos cenários político, econômico e social, que fazem com que o mercado de trabalho tenha que se adaptar aos novos moldes, exigindo cada vez mais novas competências e habilidades dos profissionais. Dentre essas competências, a prática da lide-

rança tem sido amplamente requerida nas instituições de saúde. Profissionais que atuam na assistência direta ou indireta ao paciente, devem ingressar no mercado de trabalho com uma nova visão de mundo, na qual valores como competência, crescimento mútuo, atitude positiva, compromisso, empatia, honestidade e

autodisciplina estejam presentes. Esses valores permeiam um dos termos mais discutidos na atualidade do universo profissional: a liderança.

No que tange à construção do líder, pode-se afirmar que, mesmo as pessoas desprovidas de habilidades especiais podem desenvolver a competência de liderar.

Todavia, faz-se necessário que os órgãos formadores e as instituições de saúde sensibilizem-se para a importância do ensino e do aprendizado permanente da liderança. Dessa maneira, poderão disponibilizar, ao mercado de trabalho, profissionais aptos para assumir a função de líderes de equipe e preparados para desenvolver atitudes conscientes, e serem agentes de transformação. Um líder assemelha-se a um treinador, cuja missão fundamental é instruir, facilitar, ampliar competências técnicas e científicas, incentivar a busca por conhecimento e desenvolvimento, se relacionar com problemáticas e superá-las, identificar potencialidades e fragilidades, estimular a confiança da equipe e assumir mudanças por melhores resultados. Então, podemos dizer que para liderar é necessário ser um educador, e que a essência da liderança é propiciar maneiras para que o processo de ensino e aprendizagem aconteça de forma efetiva, e com foco em indicadores e resultados. Por meio dos ensinamentos os líderes conduzem outras pessoas, fazendo do educar uma prioridade, considerando como um dos

Todavia, faz-se necessário que os órgãos formadores e as instituições de saúde sensibilizem-se para a importância do ensino e do aprendizado permanente da liderança.

seus principais papéis, aprendendo e ensinando constantemente, atingindo seus objetivos junto dos seus aprendizes.

O bom líder educador é admirado pelo seu respeito e pela sua capacidade em desenvolver pessoas, que irão se inspirar em coisas que eles fazem e falam, vão seguir seus passos e se tornaram líderes com maiores oportunidades dentro das Instituições. É um profissional inteligente para enxergar suas falhas, e faz de suas adversidades um processo de aprendizagem.

Afirmamos então que o desenvolvimento de líderes que educam seus profissionais para liderar é um diferencial no mundo institucional e exige dedicação, pró-atividade, iniciativa, empatia, dinamismo, olhar individualizado e sistemático.

Portanto uma instituição de sucesso, pautada na missão, visão, valores e propósitos reconhece que o perfil de uma liderança educadora é capaz de alavancar suas metas e aprimorar suas práticas, pois é com a capacidade de educar, que seremos capazes de liderar e conduzir equipes.

REFERÊNCIAS

Carvalho, Amanda Gleice Fernandes et al. Liderança autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2016, v. 29, n. 6 [Acessado 31 Maio 2022], pp. 618-625. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201600087>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600087>.

Sousa LB, Barroso MGT. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 jan-mar; 13(1): 181-187. [acesso em 2012 jun 21]. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/ean/](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25.pdf)

[v13n1/v13n1a25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25.pdf)>.

Silva, V. L. S., Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Resck, Z. M. R., Chaves, L. D. P., Santos, F. C. & Leal, L. A. (2017). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Rev. esc. enferm. USP*, 51:e03206. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206>

Rotinas de Enfermagem, Segunda Edição, 2022, 640 páginas, Ed Eureka soluções pedagógicas LTDA. In: Educação profissional na prática. ISBN 978-65-87177-22-9.

Educative leadership: a transformative differential for health institutions



Maria Aurélia da Silveira Assoni

Graduated in Nursing, Master in Health Teaching, Executive MBA in Health, Specialization in Preceptorship of the SUS, Teaching in Education, Occupational Nursing, Intensive and Emergency Care for Children and Adolescents, Gynecology and Obstetrics. Coordinator of Continuing Education of the Hospital de Amor health network. Supervisor of the Primary Care Health Service of the Municipality of Barretos. Coordinator of the Specialization Course in Management and Leadership in Nursing at the Faculty of Health Sciences of Barretos, Dr. Paulo Prata.



Daniela Paro Zanzarino

Graduation in Nursing from the Faculty of Medicine of São José do Rio Preto (FAMERP). Degree in Pedagogy from Faculdade Paulista Unipiaget. Specialization in Cardiac and Hemodynamic ICU by the Faculty of Medicine of São José do Rio Preto, FAMERP. Specialization in Nursing in Nephrology. Herminio Ometto de Araras University Center, UNIARARAS. Specialization in Nursing Teacher Training Faculty of Education São Luís, Jaboticabal. Nurse of Corporate Education at the Hospital de Amor de Barretos



Érika Moreti Campitelli

Graduate in Nursing at the Faculty of Medicine Marília, Postgraduate in: Oncology Nursing, Faculty of Medicine USP and Specialization in Health Management by Senac, Leadership and Health Management - FACISB. Corporate Education Nurse at Hospital de Amor, Barretos-SP.

In Brazil and in the world, there are constant changes in the political, economic and social scenarios, which make the job market have to adapt to new molds, demanding more and more new skills and abilities from professionals. Among these skills, the practice of leadership has been widely required in

health institutions.

Professionals who work in direct or indirect patient care must enter the job market with a new world view, in which values such as competence, mutual growth, positive attitude, commitment, empathy, honesty and self-discipline are present. These values

permeate one of the most discussed terms in the professional universe today: leadership.

Regarding the construction of the leader, it can be said that even people lacking special skills can develop the competence to lead. However, it is necessary that the training bodies and he-

alth institutions become aware of the importance of teaching and permanent learning of leadership. In this way, they will be able to make available to the job market professionals who are qualified to assume the role of team leaders, prepared to develop conscious attitudes and be agents of transformation.

A leader is similar to a coach, whose fundamental mission is to instruct, facilitate, expand technical and scientific skills, encourage the search for knowledge and development, relate to problems and overcome them, identify strengths and weaknesses, encourage team confidence and assume changes for better results.

So, we can say that, to lead it is necessary to be an educator, and that the essence of leadership is to provide ways for the teaching and learning process to happen effectively, with a focus on indicators and results. Through teaching, leaders lead other people, making education a priority, considering it as one of their main roles, constantly learning

However, it is necessary that the training bodies and health institutions become aware of the importance of teaching and permanent learning of leadership.

and teaching, achieving their goals with their apprentices.

The good educator leader is admired for their respect and for their ability to develop people, who will be inspired by things they do and say, following their footsteps and becoming leaders with greater opportunities within the Institutions. They are an intelligent professional to see their flaws, and make their adversities a learning process.

We affirm then that the development of leaders who educate their professionals to lead is a differential in the institutional world and requires dedication, proactivity, initiative, empathy, dynamism, an individualized and systematic look.

Therefore, a successful institution, guided by the mission, vision, values and purposes recognizes that the profile of an educating leadership is capable of leveraging its goals and improving its practices, because it is with the ability to educate that we will be able to lead and lead teams.

REFERENCES

Carvalho, Amanda Gleice Fernandes et al. Liderança autêntica e perfil pessoal e profissional de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2016, v. 29, n. 6 [Acessado 31 Maio 2022], pp. 618-625. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201600087>>. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600087>.

Sousa LB, Barroso MGT. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009 jan-mar; 13(1): 181-187. [acesso em 2012 jun 21]. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/ean/](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25.pdf)

[v13n1/v13n1a25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a25.pdf)>.

Silva, V. L. S., Camelo, S. H. H., Soares, M. I., Resck, Z. M. R., Chaves, L. D. P., Santos, F. C. & Leal, L. A. (2017). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Rev. esc. enferm. USP*, 51:e03206. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016024403206>

Rotinas de Enfermagem, Segunda Edição, 2022, 640 páginas, Ed Eureka soluções pedagógicas LTDA. In: Educação profissional na prática. ISBN 978-65-87177-22-9.



A multiplataforma digital
gratuita da Enfermagem

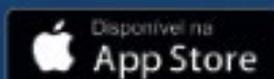
**Não importa onde,
o seu Coren está aqui**

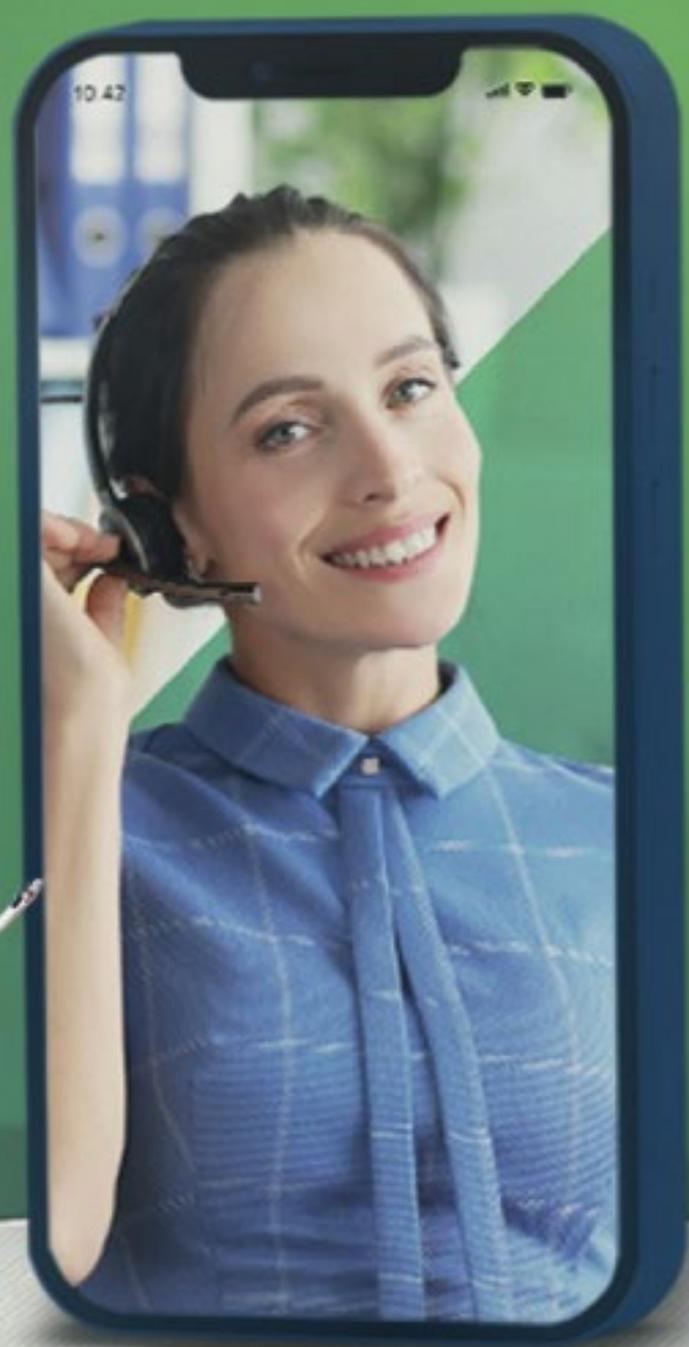
Serviços, cursos, séries, podcasts, livros,
jornais, revistas e um clube de benefícios
exclusivo para profissionais da Enfermagem.

**O acesso é gratuito para todos os inscritos
nos Conselhos Regionais.**



Baixe agora!





 **Cofen**
Conselho Federal de Enfermagem

 **Coren**
Conselho Regional de Enfermagem

Tecnologia educativa na saúde das juventudes: Uma análise conceitual

Educational technology in youth's health: A conceptual analysis

Tecnología educativa en salud juvenil: Un análisis conceptual

RESUMO

Objetivo: Analisar o conceito de tecnologia educativa na saúde das juventudes. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa, ao qual se aplicou o método de análise conceitual de Walker e Avant. Foi realizada uma busca nas bases BDENF, LILACS e SciELO com 14 estudos que se relacionaram à temática. **Resultados:** O conceito de "Tecnologia educativa na saúde das juventudes", define-se, como: "Expressão de comunicação e conhecimento em saúde, através de múltiplas mídias, linguagens e ferramentas eficazes para a promoção e educação em saúde". Os principais antecedentes achados: conteúdos desintegrados da realidade; políticas públicas deficientes; relações verticalizadas na área da saúde; metodologia tradicional de ensino; Já os principais atributos, foram: informação, acesso à comunicação, ferramentas tecnológicas, interação virtual, inovação, multimídias, reflexão, internet, oficinas e jogos educativos, metodologias participativas, entre outros. **Conclusão:** O uso desse conceito no Brasil ainda é restrito, refletindo em uma caracterização incompleta do estado da arte deste.

DESCRIPTORIOS: Tecnologia; Tecnologia da informação; Educação em saúde; Adolescente; Juventude..

ABSTRACT

Objective: To analyze the concept of educational technology in youth health. **Method:** This is an integrative review, to which the conceptual analysis method of Walker and Avant was applied. A search was carried out in the BDENF, LILACS and SciELO databases with 14 studies that were related to the theme. **Results:** The concept of "Educational technology in youth health" is defined as: "Expression of communication and knowledge in health, through multiple media, languages and effective tools for health promotion and education". The main antecedents found: contents disintegrated from reality; deficient public policies; vertical relationships in the health area; traditional teaching methodology; The main attributes were: information, access to communication, technological tools, virtual interaction, innovation, multimedia, reflection, internet, workshops and educational games, participatory methodologies, among others. **Conclusion:** The use of this concept in Brazil is still restricted, reflecting an incomplete characterization of its state of the art.

DESCRIPTORS: Technology; Information Technology; Health education; Adolescent; Youth.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el concepto de tecnología educativa en salud juvenil. **Método:** Se trata de una revisión integradora, a la que se aplicó el método de análisis conceptual de Walker y Avant. Se realizó una búsqueda en las bases de datos BDENF, LILACS y SciELO con 14 estudios relacionados con el tema. **Resultados:** El concepto de "Tecnología educativa en salud juvenil" se define como: "Expresión de la comunicación y el conocimiento en salud, a través de múltiples medios, lenguajes y herramientas efectivas para la promoción y educación de la salud". Los principales antecedentes encontrados: contenidos desintegrados de la realidad; políticas públicas deficientes; relaciones verticales en el área de la salud; metodología de enseñanza tradicional; Los principales atributos fueron: información, acceso a la comunicación, herramientas tecnológicas, interacción virtual, innovación, multimedia, reflexión, internet, talleres y juegos educativos, metodologías participativas, entre otros. **Conclusión:** El uso de este concepto en Brasil aún está restringido, lo que refleja una caracterización incompleta de su estado de la técnica.

DESCRIPTORIOS: Tecnología; Tecnología de la información; Educación para la salud; Adolescente; Juventud.

RECEBIDO EM: 09/11/2021 APROVADO EM: 02/05/2022

Karlla da Conceição Bezerra Brito Veras

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCCLIS), pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

ORCID: 0000-0001-7464-1992

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho

Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
ORCID: 0000-0002-5853-6532

Edine Dias Pimentel Gomes

Fonoaudióloga. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Mestre em Ensino na Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
ORCID: 0000-0001-5990-6358

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e da pós-graduação nos Programas de Saúde Coletiva, Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde e Mestrado Profissional em Saúde da Família, da UECE.

ORCID: 0000-0002-6086-6901

Sherida Karanini Paz de Oliveira

Enfermeira. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e do Programa de pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE.

ORCID: 0000-0003-3902-8046

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Enfermeira. Professora efetiva classe adjunta da Universidade Estadual do Ceará. Vice-líder do grupo de pesquisa Redes de Atenção na Perspectiva da Saúde Coletiva e Enfermagem e pesquisadora do grupo de pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem.

ORCID: 0000-0001-7559-8471

INTRODUÇÃO

O advento da tecnologia oportunizou novas e envolventes estratégias para o aprendizado com participação ativa dos envolvidos¹, considerando que a utilização de ferramentas tecnológicas no desenvolvimento de processos educativos almeja superar o modelo tradicional de educação para o foco de coprodução de saberes e autonomia².

Dessa forma, as tecnologias educativas em saúde devem ser problematizadas e contextualizadas na dimensão social e humana em que são produzidas, fazendo uma interface entre educação, comunicação e tecnologia, subsidiando processos em que se busquem conhecer para intervir com melhores práticas na educação em saúde³.

Para a realização dessas práticas educativas, os profissionais devem lançar mão das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), consideradas recursos tecnológicos integrados que estimulam e disseminam conhecimentos através de ferramentas simultâneas de sons, ima-

gens e textos⁴.

Essas TICs passam a ser denominadas na atualidade de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC's), acarretando mudanças na forma de viver em sociedade por reunirem diversos recursos em um único dispositivo, tais como celular, tablet ou laptop, estabelecendo, para tanto, além de uma convergência de mídias e linguagens, uma convergência cultural⁵.

O aparecimento de novas mídias nas TDCI's cria possibilidades para novos formatos de expressão e comunicação, e, na escola, um meio do aluno dar sentido ao que faz, aumentando sua motivação para o aprendizado aproximando-se dos currículos, ou seja, essas TDCI propiciam uma reconfiguração da prática pedagógica, abertura e plasticidade do currículo e coautoria de professores e alunos⁶.

Deste modo, as tecnologias educativas em saúde vêm sendo estudadas por diversas categorias profissionais, como forma de compreendê-las para que melhor se possa atuar com as juventudes nas ações

propostas. Assim, considera-se relevante uma análise do conceito de 'tecnologia educativa na saúde das juventudes', de modo a fortalecer os seus fundamentos no campo da saúde e potencializar sua utilização.

Estudo realizado sobre o conceito de tecnologia em enfermagem apontou que as mudanças nas demandas de cuidado em saúde requerem do enfermeiro o conhecimento desse conceito, no intuito de aplicá-lo para tomada de decisão, elevando a qualidade dos resultados do paciente. Mas, o conhecimento popular sobre esse conceito, reportado a modernos artefatos, dificulta ainda mais sua compreensão em enfermagem⁷.

Outra pesquisa sobre as tecnologias e a prática de enfermagem mostrou crescimento da utilização de tecnologias, como subsídios para as ações de enfermagem, mais notoriamente nos últimos dois anos. No entanto, percebe-se ainda a quantidade reduzida de trabalhos que mencionam ou utilizam as tecnologias de relacionamento ou tecnologias leves. O fato pode ser ocasionado pela dificul-

dade dos profissionais em definir, o que são tais tecnologias e reconhecê-las como recursos tecnológicos⁸.

O enfermeiro, ao exercer o papel de educador, deve desenvolver estratégias educativas que facilitem a aprendizagem significativa⁹. Nesse direcionamento, o presente estudo tem como objetivo analisar o conceito de tecnologia educativa na saúde das juventudes segundo o modelo conceitual de Walker e Avant¹⁰.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa, realizada entre maio e junho de 2019, ao qual se aplicou o método de análise conceitual de Walker e Avant¹⁰ em busca da formação do conceito “Tecnologia educativa na saúde das juventudes”.

Foi utilizado o recorte temporal, com o propósito de evidenciar as publicações sobre a temática em questão, dos últimos 10 anos, no período de 2009 a 2019.

A seleção dos artigos ocorreu entre maio a junho de 2019. E para iniciar a análise de conceito, realizou-se uma busca de artigos nas bases Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando como critérios de inclusão a relação com a temática, a disponibilidade gratuita e de textos na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol.

Nessa pesquisa, optou-se pela análise de conceito proposta por Walker e Avant¹⁰, que simplificaram as 11 etapas constantes do modelo de Wilson para oito¹¹, que podem ocorrer simultaneamente, facilitando a compreensão – são elas: 1. Seleção do conceito, que reflete o tópico ou a área de maior interesse do pesquisador; 2. Determinação dos objetivos da análise conceitual, que se refere a sua finalidade; 3. Identificação dos possíveis usos do conceito, em que se realiza uma busca geral na literatura a fim de se ter uma ideia de como este está sendo enfocado ou aplicado; 4. Determinação dos atributos críticos ou essenciais, passo

fundamental da análise, com identificação de palavras ou expressões que aparecem repetidamente e que demonstram a essência do conceito; 5. Construção de um caso modelo, que se trata da elaboração de um exemplo baseado na realidade; 6. Desenvolvimento de outros casos que

senciais, caracterizadas como categorias ou classes dos fenômenos observáveis demonstrando a ocorrência do conceito¹².

Nessa pesquisa, foram utilizadas a seleção do conceito, a determinação dos objetivos da análise e dos atributos definidores, a identificação do caso modelo e contrário e dos antecedentes e consequentes, o que corresponde aos passos 1, 2, 4, 5, 6 e 7. Esses passos foram suficientes para atender ao objetivo deste estudo.

As pesquisas nas bases de dados foram realizadas utilizando-se dos seguintes termos: Tecnologia, Tecnologia da Informação, Educação em Saúde, Adolescente, Juventude. Destes, apenas o termo ‘juventude’ não é um descritor em Ciências da Saúde (DeCS), mas se fez essencial sua utilização para o propósito da pesquisa.

Na base LILACS foram localizados 41 estudos a partir do cruzamento: Tecnologia and Educação em Saúde and. Em seguida aplicaram-se os critérios de inclusão, excluíram-se as duplicadas e fez-se a leitura dos resumos, obtendo-se respectivamente oito estudos. Com o cruzamento Tecnologia da Informação and Educação em Saúde and Juventude, foram selecionados 14 estudos, e, após a aplicação dos critérios de inclusão, excluíram-se as duplicadas e fez-se a leitura dos resumos, obtendo-se apenas um estudo. Assim, nove estudos compuseram sua amostragem final na base de dados LILACS, sendo oito artigos e uma tese.

Na BDENF encontrou-se 23 artigos com o cruzamento Tecnologia and Educação em Saúde and Juventude, sendo que após a aplicação dos critérios de inclusão e eliminação de artigos duplicados foram selecionados 10 para análise. Desse, após leitura criteriosa apenas quatro foram elencados para compor a amostra dessa investigação.

Na base SciELO com o cruzamento Tecnologia and Educação em Saúde and adolescente, foram evidenciados sete artigos, sendo que após exclusão dos duplicados, aplicação dos critérios de inclusão e leitura criteriosa das publicações, apenas um artigo foi selecionado.

Após a seleção dos artigos, foi realiza-

[...] as tecnologias educativas em saúde devem ser problematizadas e contextualizadas na dimensão social e humana em que são produzidas, fazendo uma interface entre educação, comunicação e tecnologia, subsidiando processos em que se busquem conhecer para intervir com melhores práticas na educação em saúde

auxiliem na decisão dos atributos essenciais do conceito; 7. Identificação de antecedentes e consequências, que são os incidentes do fenômeno que ocorrem à priori ou à posteriori deste; 8. Definição de referências empíricas dos atributos es-

da uma leitura mais aprofundada, e desta forma, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos pela pesquisadora, sendo que a não pertinência do estudo resultou em sua exclusão.

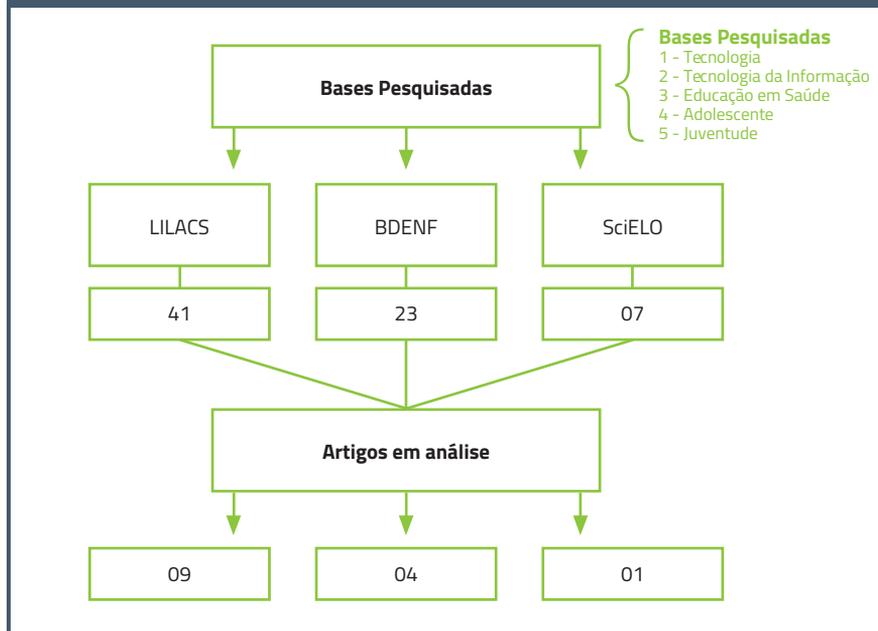
Ao final, foram feitos os downloads completos dos estudos, sendo criadas duas bibliotecas e planilhas do Excel com conteúdo idêntico para a seleção completa de pós-leitura completa, organização e sumarização das principais informações, constituindo um banco de dados, possibilitando às pesquisadoras a análise da aplicabilidade da revisão, que contou com as seguintes variáveis: número do artigo (N), título, autores, país do estudo, ano de publicação, temas dos jogos e faixa etária. Também foram utilizados para identificação os estudos “A” para artigos e os números de 1 a 12, exemplo: (A1, A2, A3...A12).

Dessa forma, 14 estudos foram utilizados como base para a análise de conceito proposta, conforme apresentado na figura 2.

Ao final, foram feitos os downloads completos dos estudos, sendo criadas duas bibliotecas e planilhas do Excel com conteúdo idêntico para a seleção completa de pós-leitura completa, organização e sumarização das principais informações, constituindo um banco de dados, possibilitando às pesquisadoras a análise da aplicabilidade da revisão, que contou com as seguintes variáveis: número do artigo (N), título, autores e tipo do do estudo, ano de publicação. Também foram utilizados para identificação os estudos “A” para artigos e os números de 1 a 14, exemplo: (A1, A2, A3...A14).

Para proceder à busca pela definição do conceito, atributos, antecedentes e consequências nos estudos, realizaram-se os seguintes questionamentos: Como está definido o conceito de tecnologia educativa na saúde da juventude? Quais as especificidades que o conceito em análise apresenta? Que acontecimentos contribuem para a existência do conceito em análise? Quais os resultados da aplicação do conceito em análise? Já na construção dos casos modelo e contrário partiu-se

Figura 1. Síntese das buscas nas bases de dados LILACS, BDNF e SciELO



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 1. Caracterização dos estudos sobre o uso de Tecnologias Educativas na Saúde das Juventudes, de acordo com Título, Autores e Tipologia. Fortaleza (CE), Brasil, 2020

Nº	TÍTULO	AUTORES	TIPO DE ESTUDO	ANO/LOCAL
A1	Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares.	Ricardo B C, Marina N F, Luciana L G N M et al13.	Relato de experiência	2012/ Journal of Health Informatics (J. Health Inform.). Brasil.
A2	Validação de material educativo como ferramenta pedagógica sobre métodos contraceptivos para adolescentes.	Almeida TG de, Vasconcelos EL, Trindade RFC da et al14.	Pesquisa metodológica	2016/ Revista de Enfermagem UFPE online. Brasil.
A3	Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde em saúde de adolescentes: Revisão Integrativa.	Pinto ACS, Scopacasa LF, Bezerra LLAL et al15.	Revisão integrativa	2017/ Revista de Enfermagem UFPE online. Brasil.
A4	Blogs escolares sobre sexualidade: Estudo exploratório documental.	Gabriela Petró VALLla, Ana Luísa Petersen COGO16.	Pesquisa quantitativa, exploratória documental	2013/ Revista Gaúcha de Enfermagem. Brasil.
A5	Validação de jogo educativo sobre sexualidade para adolescentes.	Sousa MG, Oliveira EML, Coelho MMF, et al17.	Estudo metodológico	2018/ Revista Online de Pesquisa. Brasil.

dos seguintes questionamentos: Qual o caso-modelo de tecnologia educativa na saúde das juventudes demonstra todos os atributos da definição do conceito?

RESULTADOS

Deste modo, a caracterização dos estudos incluídos na amostra, sobre o uso de tecnologias educativas na saúde das juventudes, de acordo com título, autores e tipologia estão expostos no quadro 1.

A produção científica selecionada (quadro 01) foi publicada de 2009 a 2018, sendo identificados dois estudos do ano de 2018; um no ano de 2017; um no ano de 2016; dois de 2015; um de 2013; dois no ano de 2012; um no ano de 2011; um de 2010; e três estudos no ano de 2009. Dos 14 estudos selecionados, 13 pesquisas apresentavam-se no idioma em português e uma no idioma em português/inglês. E 13 foram artigos científicos e uma pesquisa de tese.

Abaixo, no quadro 2, expõem-se as principais definições que foram identificadas na literatura para o conceito em questão.

De acordo com as principais definições encontradas nas pesquisas selecionadas, conforme a tabela 02, sobre o conceito de “Tecnologia educativa na saúde das juventudes”, resumidamente, define-se este conceito, como: “Expressão de comunicação e conhecimento em saúde, através de múltiplas mídias, linguagens, recursos e ferramentas eficazes para a promoção e educação em saúde, que despertam o interesse dos adolescentes, possibilitando o empoderamento dos sujeitos para transformação social e melhoria de sua qualidade de vida”.

Dando continuidade, na tabela 3, apresentam-se os achados da literatura sobre os antecedentes, atributos e consequentes do conceito “Tecnologia educativa na saúde das juventudes”, de acordo com a numeração dos estudos selecionados na tabela 1.

Os principais antecedentes de “tecnologia educativa na saúde das juventudes” segundo documentos analisados,

A6	O uso do facebook na aprendizagem em saúde: percepções de adolescentes escolares.	Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, Silva ASR, Vieira NFC18.	Estudo de intervenção, longitudinal e de abordagem quanti-qualitativa	2018/ Revista Brasileira de Enfermagem. Brasil.
A7	Construção e validação de cartilha educativa para prevenção de violência sexual na adolescência.	SILVA, K. L.19.	Pesquisa metodológica e de validação	2015/ Tese Universidade Federal do Ceará (UFC). Brasil.
A8	Comunicação em saúde: uso de uma web rádio com escolares.	Torres RAM, Silva MAM, Bezerra AEM, Abreu LDP, Mendonça GMM2.	Relato de experiência	2015/ Journal of Health Informatics (J. Health Inform.). Brasil.
A9	“Papo irado”: Tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes.	Manuela M F C; Karla CLM, Sara TFB et al.20.	Estudo metodológico	2011/ Revista de APS - Atenção Primária à Saúde.
A10	Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza- CE.	Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, et al21.	Pesquisa-ação	2009/ Revista Eletrônica de Enfermagem. Brasil.
A11	Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS.	Barbosa SM, Dias FLA, Pinheiro AKB, et al22.	Estudo exploratório descritivo	2010/ Revista Eletrônica de Enfermagem. Brasil.
A12	Adolescência conectada: Mapeando o uso da internet em jovens internautas.	Spizzirri, R. C. P., Wagner, A., Mosmann, C. P., & Armani, A. B.23.	Estudo exploratório de abordagem quantitativa	2012/ Revista Psicologia Argumento. Brasil.
A13	Educação em Saúde sobre DST/AIDS com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como Instrumento.	Valesca MBC, Francisca LSF, Valéria M C et al24.	Estudo descritivo e qualitativo	2009/ Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasil.
A14	“Amor e sexo: Mitos, verdades e fantasias”: Jovens avaliam potencial de material multimídia educativo em saúde.	Mano, S. M. F.; Gouveia, F. C.; Schall, V. T25.	Estudo metodológico	2009/ Revista Ciência & Educação.

Fonte: elaborada pelas autoras.

foram: Ambiente escolar com conteúdo desintegrados e desconexos da realidade; políticas públicas deficientes; relações verticalizadas na área da saúde; metodo-

logia tradicional de ensino; dificuldades dos profissionais de saúde em desenvolver atividades com os jovens; modelo curativista e biologicista em educação em

saúde; ações incipientes assistemáticas e destituídas de políticas locais.

Já os principais atributos encontrados foram: informação, acesso à comunicação, ferramentas tecnológicas, interatividade, interação virtual, inovação, multimídias, diálogo, reflexão, internet, oficinas e jogos educativos, metodologias participativas, trabalho grupal e materiais educativos.

No que se refere aos consequentes, observou-se: Promoção do acesso e apreensão das informações; troca de informações entre os jovens; adoção de comportamentos preventivos; superação do modelo tradicional na produção dos saberes; empoderamento dos jovens; aquisição de novos conhecimentos; esclarecimento de dúvidas; estímulo ao raciocínio e capacidade de analisar informações.

Identificação de um caso modelo

Caso modelo: Vivência de estudantes de enfermagem na promoção do cuidado em saúde com os jovens escolares acerca das IST/AIDS transmitido através do Programa em Sintonia com a saúde, veiculado pelo uso de uma web rádio. A forma dialógica com que se utiliza a web rádio permitiu aos jovens construir conhecimentos e interagirem entre pares. Deste modo percebeu-se que tecnologia digital é um meio de muitas possibilidades, constituindo-se em um mecanismo para melhor ouvir, promover saúde e tirar dúvidas acerca do cuidado com o corpo, vínculo entre profissional da saúde e jovens escolares. O uso da web rádio trouxe uma prática em saúde inovadora estabelecendo novos planos de cuidado².

Identificação de um caso contrário

Enfermeira recém-admitida na Estratégia Saúde da Família do município de Roupagem deseja trabalhar com os jovens de sua comunidade e procura a escola para buscar apoio, se prontificando a ministrar temas relacionados à sexualidade, comportamento sexual e IST. A escola aceita prontamente a parceria e o agendamento da atividade é proposto. A enfermeira leva seu data show para o

QUADRO 2. Definições para o conceito “Tecnologia Educativa na Saúde das Juventudes”. Fortaleza (CE), Brasil, 2020.

DEFINIÇÕES DO CONCEITO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA NA SAÚDE DAS JUVENTUDES

- Variadas formas de expressão que favorecem a comunicação, saberes, percepções e desejos dos adolescentes.
- Informação por meio da integração de múltiplas mídias, linguagens e recursos, possibilitando o desenvolvimento de um processo educacional interativo.
- Desenvolvimento de atividades de educação em saúde com tecnologia que despertem o interesse dos adolescentes.
- Ferramentas que propiciam argumentações, reflexões e construções coletivas de conhecimento entre os adolescentes.
- Ampliam o conhecimento em saúde, facilitam o aprendizado individual a partir da interatividade com o coletivo.
- Instrumentos eficazes para a promoção e a educação em saúde possibilitando o empoderamento dos sujeitos para transformação social e melhoria de sua qualidade de vida, despertando no adolescente sua criatividade, criticidade, autonomia, pensamento e curiosidade.

Fonte: elaborada pelas autoras.

Quadro 3. Exposição dos Antecedentes, Atributos e Consequentes do conceito de “Tecnologia Educativa na Saúde das Juventudes”. Fortaleza (CE), Brasil, 2020.

ANTECEDENTES	ATRIBUTOS (características)	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> - Conteúdos desintegrados e desconexos da realidade dos adolescentes. - Políticas públicas deficientes. - Relações verticalizadas na área da saúde. - Metodologia tradicional de ensino. - Dificuldades em desenvolver atividades que despertem a atenção desse público, tanto na Estratégia Saúde da Família como nas ações do Programa Saúde na Escola. - Práticas de educação em saúde para adolescentes não efetivas, por não focar as vulnerabilidades apresentadas por estes. - Modelo curativista e biologicista de se pensar e fazer saúde. - Ações incipientes, assistemáticas e destituídas de políticas locais. - Visão heterossexista e normativa sobre os jovens. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informação, participação, comunicação, temas, ferramentas tecnológicas, inclusão social. - Interatividade, cenário, diálogo e conteúdo. - Multimídias, expressão, reflexão, temáticas. - Internet, blog, interação virtual, prática educativa, recursos pedagógicos, linguagem, escola, alunos, metodologias participativas. - Dinamismo, inovação, compartilhamento, curiosidade, aprendizagem prazerosa, diálogo, trabalho grupal. - Jogos, materiais educativos, processo criativo, inovação. - Promoção da saúde, e prevenção de doenças. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização da internet pelos jovens, promoção do acesso e apreensão das informações. - Escola e professores evoluídos na perspectiva tecnológica. - Otimização do processo ensino aprendizagem dos alunos. - Construção compartilhada de conhecimentos. - O uso de blogs entre adolescentes, tornando-se uma ferramenta educação em saúde. - Elaboração, validação e utilização de jogos educativos para os adolescentes. - O uso do facebook na prática educativa em saúde, rompendo com as fronteiras do serviço de saúde. - Cartilhas Digitais, para auxílio na adoção de comportamentos preventivos. - Superação do modelo tradicional de ensino. - Autorreflexão e autonomia sobre questões sexuais entre os jovens e estímulo ao raciocínio e capacidade de analisar informações.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

repassa de sua aula expositiva, sem propiciar e estimular o debate com os alunos, trazendo suas concepções religiosas, abordando sexo antes do casamento como pecado e as doenças como castigo de Deus.

DISCUSSÃO

As definições encontradas para o conceito em questão estiveram associadas a recursos disponíveis que oportunizam comunicação, aprendizado e reflexão entre os sujeitos, resultando em conhecimento individual em interação com o coletivo, na perspectiva de promoção da saúde com possibilidade de transformação social e empoderamento.

Nesse sentido, Mota et al., retratam que a expansão tecnológica nas últimas décadas vem promovendo mudanças

socioculturais e comportamentais entre os indivíduos, resultando em transformações educacionais com a inclusão das TIC, ampliando as possibilidades de expressão e interação entre os sujeitos⁴.

Martins et al., consideram que as práticas educativas requerem a utilização das tecnologias como meios facilitadores do processo de construção do conhecimento em uma perspectiva criativa, transformadora e crítica, favorecendo a participação dos sujeitos no processo educativo e contribuindo para a construção da cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos²⁶.

Desta forma, é prescindível enfatizar que a introdução das tecnologias educativas na saúde das juventudes, nesta análise de conceito, permitiu uma melhor compreensão do caráter lúdico e participativo no tocante à saúde desse segmento, pro-

picando debates abertos sobre temáticas de interesse juvenil.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou delimitar os aspectos e a formação do conceito de “Tecnologia educativa na saúde das juventudes”. Assim, esse método foi considerado adequado para o alcance do objetivo proposto. Como lacunas, é preciso citar a possibilidade de aprofundamento do conceito com a execução das etapas três e oito (identificação dos usos do conceito na literatura e definição de referências empíricas do conceito estudado, respectivamente), inclusive com ampliação de pesquisas em outros idiomas para se ter um parâmetro mais global da utilização do conceito.

REFERÊNCIAS

- 1-Lima CM, Santos S, Silvestre GCSB. Cinema e Promoção da Saúde: Experiência com Cine-Debate. *Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas*. 2018; 8(22):1-9.
- 2-Torres RAM, Silva MAM, Bezerra AEM, Abreu LDP, Mendonça GMM. Comunicação em saúde: uso de uma web rádio com escolares. *J. Health Inform*. 2015 abr.-jun.; 7(2):58-61. Acesso em 23 jan. 2022.
- 3-Saboia VM, Moniz MA, Daher DV, Rangel ET, Moura JMB, Sá FC. Dinâmica comunicativa: avaliação da tecnologia educacional sobre drogas com estudantes universitários de enfermagem. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2016; 24 (1):e7849. Acesso em 22 dez. 2021.
- 4-Mota, D. N.; Torres, R. A. M.; Guimarães, J. M. X.; Marinho, M. N. A. S. B.; Araújo, A. F. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *J. Health Inform*. 2018 Abril-Junho; 10(2): 45-9. Acesso em 02.05.2022.
- 5-Struchiner, M.; Giannella, T. R. Com-viver, com-ciência e cidadania: Uma pesquisa baseada em design integrando a temática da saúde e o uso de tecnologias digitais de informação e comunicação na escola. *Revista e-Curriculum*, São Paulo, v.14, n.03, p. 942 – 969 jul./set.2016. Acesso em 21.05.2022.
- 6-Palácio, M. A. V.; Cianella, D.; Struchiner, M. Narrativas digitais e aprendizagem: Um panorama a partir do ensino na saúde. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2017 abr.-jun.; 11(2). Acesso em 21.05.2022.
- 7-Alexander JW, Kroposki, M. Using a management perspective to define and measure changes in nursing technology. *J Adv Nurs*. 2001;35(5):776-83.
- 8-Lopes EM, Pinheiro AKB, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Technology and nursing practice – a bibliographical research. *Online Braz J Nurs (Online) [Internet]*. 2009 [citado 2009 Jul 22]; 8(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.1883/446>.
- 9-Parker FM, Lazenby RB, Brown JL. Mission possible CD rom: instructional tool for preceptors. *Nurse Educ Today*. 2012; 32(5):561-4.
- 10- Walker, L. O.; Avant, K. C. *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2011.
- 11- Mororó, D. D. S.; Enders, B. C.; Lira, A. L. B. C.; Silva, C. M. B.; Menezes, R. M. P. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30 (3):323-32. Acesso em 24.06.2019.
- 12- Fernandes, M. G. M; Nóbrega, M. M. L.; Garcia, T. R.; Macêdo-Costa, K. N. F. Análise conceitual: considerações metodológicas. *Rev. bras. enferm*. [Internet]. 2011 Dec [cited 2019 June 24]; 64(6): 1150-1156. Acesso em 20.06.2019.
- 13- Cavalcante RB [+5+] et al. Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares. *J. Health Inform*. 2012 out.-dez.; 4(4):182-6. Acesso em: 06/05/2022.
- 14- Almeida TG, Vasconcelos EL, Trindade RFC [+3+] et al. Validação de material educativo como ferramenta pedagógica sobre métodos contraceptivos para adolescentes. *Rev. enferm. UFPE on-line*, Recife, 2016; 10(12):4696-700. Acesso em: 15/04/2022.
- 15- Pinto ACS, Scopacasa LF, Bezerra LLAL [+3+] et al. Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na Educação em Saúde de Adolescentes: Revisão Integrativa. *Rev enferm UFPE on-line*. Recife. 2017; 11(2):634-44. Acesso em: 13/05/2022.
- 16-Valli GP, Cogo ALP. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(3):31-37. Acesso em: 08/05/2022.

- 17- Sousa MG, Oliveira EML, Coelho MMF [+3+] et al. Validação de jogo educativo sobre sexualidade para adolescentes. *Rev Fund Care Online*. 2018 jan./mar.; 10(1):203-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.203-209>.
- 18- Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, Silva ASR, Vieira NFC. The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(2):265-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0604>. Acesso em: 09/05/2022.
- 19- Silva, KL. Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da violência sexual na adolescência 2015. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Acesso em: 11/05/2022.
- 20- Manuela MFCC [+5+] et al. "Papo Irado": Tecnologia de Educação Popular em Saúde com Adolescentes. *Rev APS*. 2011 out/dez; 14(4): 502-506. Acesso em: 08/05/2022.
- 21- Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, Pererira DCR, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009; 11(1):165-72. Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>. Acesso em: 10/05/2022.
- 22- Barbosa SM, Dias FLA, Pinheiro AKB, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010; 12(2):337-41. Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a17.htm>. DOI: 10.5216/ree.v12i2.6710. Acesso em: 12/05/2022.
- 23- Spizzirri RCP [+5+] et al. Adolescência conectada: Mapeando o uso da internet em jovens internautas. *Revista Psicol. Argum.*, Curitiba, 2012 abr./jun; 30(69)327-335. Acesso em: 10/05/2022.
- 24- Valesca MBC, Francisca LS, Valéria MC [+3+] et al. Educação em Saúde sobre Dst/Aids com Adolescentes de uma Escola Pública, Utilizando a Tecnologia Educacional como Instrumento. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2009; 21(3): 124-128 - ISSN: 0103-4065.
- 25- Mano SMF, Gouveia FC, Schall VT. "Amor e Sexo: Mitos, Verdades e Fantasias": Jovens Avaliam Potencial de Material Multimídia Educativo em Saúde. *Ciência & Educação*. 2009; 15(3)647-658.
- 26- Martins AKL, Nunes JM, Nóbrega MFB, Pinheiro, PNC, Souza, AMA, Vieira, NFC, et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para a saúde e enfermagem. *Rev. Enferm. UERJ*, 2011; 19(2)324-329. Acesso em 23.06.2022.

Educational technology in youth's health: A conceptual analysis

Tecnologia educativa na saúde das juventudes: Uma análise conceitual

Tecnología educativa en salud juvenil: Un análisis conceptual

RESUMO

Objetivo: Analisar o conceito de tecnologia educativa na saúde das juventudes. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa, ao qual se aplicou o método de análise conceitual de Walker e Avant. Foi realizada uma busca nas bases BDENF, LILACS e SciELO com 14 estudos que se relacionaram à temática. **Resultados:** O conceito de "Tecnologia educativa na saúde das juventudes", define-se, como: "Expressão de comunicação e conhecimento em saúde, através de múltiplas mídias, linguagens e ferramentas eficazes para a promoção e educação em saúde". Os principais antecedentes achados: conteúdos desintegrados da realidade; políticas públicas deficientes; relações verticalizadas na área da saúde; metodologia tradicional de ensino; Já os principais atributos, foram: informação, acesso à comunicação, ferramentas tecnológicas, interação virtual, inovação, multimídias, reflexão, internet, oficinas e jogos educativos, metodologias participativas, entre outros. **Conclusão:** O uso desse conceito no Brasil ainda é restrito, refletindo em uma caracterização incompleta do estado da arte deste.

DESCRIPTORIOS: Tecnologia; Tecnologia da informação; Educação em saúde; Adolescente; Juventude..

ABSTRACT

Objective: To analyze the concept of educational technology in youth health. **Method:** This is an integrative review, to which the conceptual analysis method of Walker and Avant was applied. A search was carried out in the BDENF, LILACS and SciELO databases with 14 studies that were related to the theme. **Results:** The concept of "Educational technology in youth health" is defined as: "Expression of communication and knowledge in health, through multiple media, languages and effective tools for health promotion and education". The main antecedents found: contents disintegrated from reality; deficient public policies; vertical relationships in the health area; traditional teaching methodology; The main attributes were: information, access to communication, technological tools, virtual interaction, innovation, multimedia, reflection, internet, workshops and educational games, participatory methodologies, among others. **Conclusion:** The use of this concept in Brazil is still restricted, reflecting an incomplete characterization of its state of the art.

DESCRIPTORS: Technology; Information Technology; Health education; Adolescent; Youth.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el concepto de tecnología educativa en salud juvenil. **Método:** Se trata de una revisión integradora, a la que se aplicó el método de análisis conceptual de Walker y Avant. Se realizó una búsqueda en las bases de datos BDENF, LILACS y SciELO con 14 estudios relacionados con el tema. **Resultados:** El concepto de "Tecnología educativa en salud juvenil" se define como: "Expresión de la comunicación y el conocimiento en salud, a través de múltiples medios, lenguajes y herramientas efectivas para la promoción y educación de la salud". Los principales antecedentes encontrados: contenidos desintegrados de la realidad; políticas públicas deficientes; relaciones verticales en el área de la salud; metodología de enseñanza tradicional; Los principales atributos fueron: información, acceso a la comunicación, herramientas tecnológicas, interacción virtual, innovación, multimedia, reflexión, internet, talleres y juegos educativos, metodologías participativas, entre otros. **Conclusión:** El uso de este concepto en Brasil aún está restringido, lo que refleja una caracterización incompleta de su estado de la técnica.

DESCRIPTORIOS: Tecnología; Tecnología de la información; Educación para la salud; Adolescente; Juventud.

RECEBIDO EM: 09/11/2021 APROVADO EM: 02/05/2022

Karlla da Conceição Bezerra Brito Veras

Nurse. Doctoral student at the Graduate Program in Clinical Care in Nursing and Health (PPCCLIS), at the State University of Ceará (UECE). Master in Health Education from the State University of Ceará (UECE).
ORCID: 0000-0001-7464-1992

Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho

Nurse. Doctoral student at the Graduate Program in Clinical Care in Nursing and Health (PPCCLIS), at the State University of Ceará (UECE). Master in Health Education from the State University of Ceará (UECE).
ORCID: 0000-0002-5853-6532

Edine Dias Pimentel Gomes

Speech therapist. Doctoral student at the Graduate Program in Clinical Care in Nursing and Health (PPCCLIS), at the State University of Ceará (UECE). Master in Health Education from the State University of Ceará (UECE).
ORCID: 0000-0001-5990-6358

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Nurse. Adjunct Professor of the Nursing Course at the State University of Ceará (UECE) and of the postgraduate course in the Public Health, Clinical Care in Nursing and Health Programs and the Professional Master's Degree in Family Health, at UECE.
ORCID: 0000-0002-6086-6901

Sherida Karanini Paz de Oliveira

Nurse. Adjunct Professor of the Nursing Course at the State University of Ceará (UECE) and of the Graduate Program in Clinical Care in Nursing and Health at UECE.
ORCID: 0000-0003-3902-8046

Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

Nurse. Adjunct Professor at the State University of Ceará. Vice-leader of the Networks of Attention research group in the Perspective of Collective Health and Nursing and researcher of the research group on Women's Health and Nursing.
ORCID: 0000-0001-7559-8471

INTRODUCTION

The advent of technology has provided new and engaging strategies for learning with the active participation of those involved¹, considering that the use of technological tools in the development of educational processes aims to overcome the traditional model of education to focus on the co-production of knowledge and autonomy.²

In this way, educational health technologies must be problematized and contextualized in the social and human dimension in which they are produced, making an interface between education, communication and technology, subsidizing processes in which knowledge is sought in order to intervene with best practices in health education.³

To carry out these educational practices, professionals must make use of Information and Communication Technologies (ICT), considered integrated technological resources that stimulate and disseminate knowledge through simultaneous tools of sounds, images and texts.⁴

These ICTs are now called Digital

Information and Communication Technologies (DICT's), causing changes in the way of living in society by bringing together several resources in a single device, such as cell phones, tablets or laptops, establishing, for that, in addition to a convergence of media and languages, a cultural convergence.⁵

The emergence of new media in DICT's creates possibilities for new formats of expression and communication, and, at school, a way for the student to make sense of what he does, increasing their motivation for learning by approaching the curricula, that is, these DICT's provide a reconfiguration of pedagogical practice, openness and plasticity of the curriculum and co-authorship of teachers and students.⁶

In this way, educational technologies in health have been studied by several professional categories, as a way of understanding them so that they can better work with youth in the proposed actions. Thus, an analysis of the concept of 'educational technology in the health of youth' is considered relevant, in order to strengthen its foundations in the field of health and enhance its use.

A study carried out on the concept of technology in nursing pointed out that changes in health care demands require nurses to have knowledge of this concept, in order to apply it to decision-making, raising the quality of patient outcomes. But popular knowledge about this concept, reported to modern artifacts, makes its understanding in nursing even more difficult.⁷

Another research on technologies and nursing practice showed an increase in the use of technologies, as subsidies for nursing actions, most notably in the last two years. However, there is still a small amount of works that mention or use relationship technologies or light technologies. This fact may be caused by the professionals' difficulty in defining what these technologies are and recognizing them as technological resources.⁸

The nurse, when exercising the role of educator, must develop educational strategies that facilitate meaningful learning.⁹ In this direction, the present study aims to analyze the concept of educational technology in youth health according to the conceptual model of Walker and Avant.¹⁰

METHOD

This is an Integrative Review, carried out between May and June 2019, to which Walker and Avant's¹⁰ method of conceptual analysis was applied in search of the formation of the concept "Educational technology in the health of youth".

The time frame was used, with the purpose of highlighting the publications on the subject in question, from the last 10 years, in the period from 2009 to 2019.

The selection of articles took place between May and June 2019. And to start the concept analysis, a search for articles was carried out in the bases Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF) and Scientific Electronic Library Online (SciELO), using as inclusion criteria the relationship with the theme, free availability and full texts in Portuguese, English and Spanish.

In this research, we opted for the concept analysis proposed by Walker and Avant¹⁰, which simplified the 11 steps contained in the Wilson model to eight¹¹, which can occur simultaneously, facilitating understanding – they are: 1. Selection of the concept, which reflects the topic or area of greatest interest to the researcher; 2. Determining the objectives of the conceptual analysis, which refers to its purpose; 3. Identification of possible uses of the concept, in which a general search is carried out in the literature in order to get an idea of how it is being focused or applied; 4. Determination of critical or essential attributes, a fundamental step of the analysis, with identification of words or expressions that appear repeatedly and that demonstrate the essence of the concept; 5. Construction of a model case, which is the elaboration of an example based on reality; 6. Development of other cases that help in deciding the essential attributes of the concept; 7. Identification of antecedents and consequences, which

[...] educational health technologies must be problematized and contextualized in the social and human dimension in which they are produced, making an interface between education, communication and technology, subsidizing processes in which knowledge is sought in order to intervene with best practices in health education.

are the incidents of the phenomenon that occur a priori or a posteriori of it;⁸. Definition of empirical references of essential attributes, characterized as categories or classes of observable phenomena demonstrating the occurrence of the concept.¹²

In this research, the selection of the concept, the determination of the objectives of the analysis and the defining attributes, the identification of the model and contrary case and of the antecedents and consequents were used, which corresponds to steps 1, 2, 4, 5, 6 and 7. These steps were sufficient to meet the objective of this study.

Searches in the databases were carried out using the following terms: Technology, Information Technology, Health Education, Adolescents, Youth. Of these, only the term 'youth' is not a descriptor in Health Sciences (DeCS), but its use has become essential for the purpose of the research.

In the LILACS database, 41 studies were located from the intersection: Technology and Health Education and. Then, the inclusion criteria were applied, duplicates were excluded and the abstracts were read, resulting in eight studies, respectively. By crossing Information Technology and Education in Health and Youth, 14 studies were selected and, after applying the inclusion criteria, duplicates were excluded and the abstracts were read, resulting in only one study. Thus, nine studies composed their final sample in the LILACS database, eight articles and one thesis.

In the BDENF, 23 articles were found with the crossing Technology and Education in Health and Youth, and after applying the inclusion criteria and elimination of duplicate articles, 10 were selected for analysis. Of these, after careful reading, only four were listed to compose the sample of this investigation.

In the SciELO database with the crossing Technology and Education in Health and adolescent, seven articles were evidenced, and after exclusion of

duplicates, application of inclusion criteria and careful reading of publications, only one article was selected.

After selecting the articles, a more in-depth reading was performed, and thus, the titles and abstracts were read by the researcher, and the non-relevance of the study resulted in its exclusion.

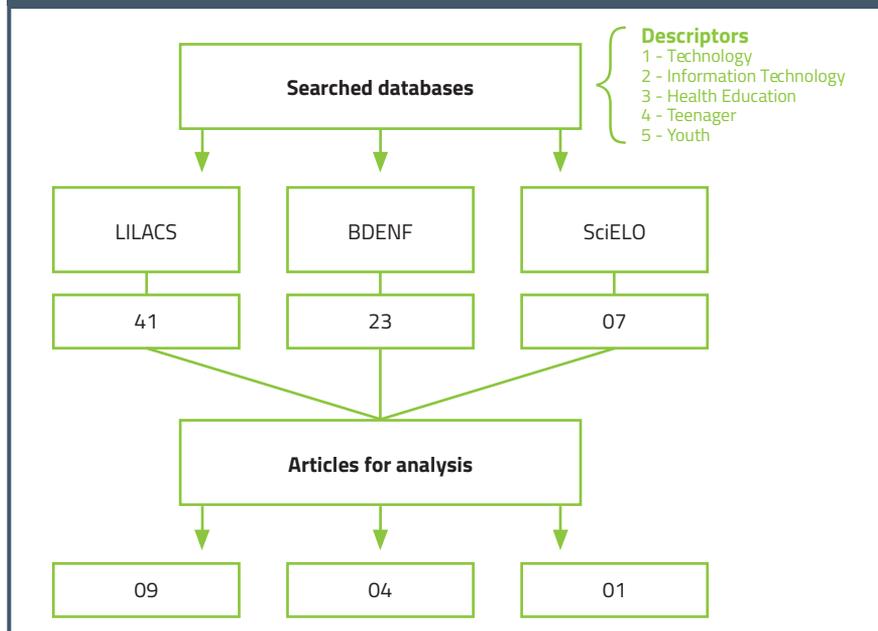
At the end, the complete downloads of the studies were made, and two Excel libraries and spreadsheets were created with identical content for the complete selection of complete post-reading, organization and summarization of the main information, constituting a database, enabling the researchers to analyze the applicability of the review, which included the following variables: article number (N), title, authors, country of study, year of publication, themes of the games and age group. Studies "A" for articles and numbers from 1 to 12 were also used for identification, for example: (A1, A2, A3...A12).

Thus, 14 studies were used as a basis for the proposed concept analysis, as shown in Figure 2.

At the end, the complete downloads of the studies were made, and two libraries and Excel spreadsheets were created with identical content for the complete selection of complete post-reading, organization and summarization of the main information, constituting a database, allowing the researchers to analyze the applicability of the review, which included the following variables: article number (N), title, authors and type of study, year of publication. Studies "A" for articles and numbers 1 to 14 were also used for identification, for example: (A1, A2, A3...A14).

To proceed with the search for the definition of the concept, attributes, antecedents and consequences in the studies, the following questions were carried out: How is the concept of educational technology in youth health defined? What are the specificities that the concept under analysis presents? What events contribute to the existence of the concept under analysis? What are the

Figure 1. Synthesis of searches in LILACS, BDNF and SciELO databases.



Source: Prepared by the authors.

Table 1. Characterization of studies on the use of Educational Technologies in Youth Health, according to Title, Authors and Typology. Fortaleza (CE), Brazil, 2020.

Nº	TITLE	AUTHORS	STUDY TYPE	YEAR /COUNTRY
A1	Use of Information and Communication Technologies in the health education of school adolescents. (Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares.)	Ricardo B C, Marina N F, Luciana L G N M et al13.	Experience Report	2012/ Journal of Health Informatics (J. Health Inform.). Brazil.
A2	Validation of educational material as a pedagogical tool on contraceptive methods for adolescents. (Validação de material educativo como ferramenta pedagógica sobre métodos contraceptivos para adolescentes.)	Almeida TG de, Vasconcelos EL, Trindade RFC da et al14.	Methodological Research	2016/ Revista de Enfermagem UFPE online. Brazil.
A3	Use of information and communication technologies in health education in adolescent health: Integrative Review. (Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde em saúde de adolescentes: Revisão Integrativa.)	Pinto ACS, Scopacasa LF, Bezerra LLAL et al15.	Integrative Review	2017/ Revista de Enfermagem UFPE online. Brazil.
A4	School blogs about sexuality: Exploratory documental study. (Blogs escolares sobre sexualidade: Estudo exploratório documental.)	Gabriela Petró VALLa, Ana Luísa Petersen COGOB16.	Quantitative, exploratory documentary research	2013/ Revista Gaúcha de Enfermagem. Brazil.

results of applying the concept under analysis? In the construction of the model and contrary cases, we started with the following questions: Which model case of educational technology in youth health demonstrates all the attributes of the definition of the concept?

RESULTS

Thus, the characterization of the studies included in the sample, on the use of educational technologies in the health of youth, according to title, authors and typology are shown in table 1.

The selected scientific production (Table 01) was published from 2009 to 2018, with two studies from 2018 being identified; one in the year 2017; one in the year 2016; two from 2015; one from 2013; two in 2012; one in the year 2011; one from 2010; and three studies in 2009. Of the 14 selected studies, 13 studies were in Portuguese and one in Portuguese/English. And 13 were scientific articles and a thesis research.

Below, in table 2, the main definitions that were identified in the literature for the concept in question are exposed.

According to the main definitions found in the selected researches, according to table 02, on the concept of "Educational technology in the health of youth", in short, this concept is defined, as: "Expression of communication and knowledge in health, through multiple media, languages, resources and effective tools for health promotion and education, that arouse the interest of adolescents, enabling the empowerment of subjects for social transformation and improvement of their quality of life".

Continuing, in table 3, we present the findings of the literature on the antecedents, attributes and consequences of the concept "Educational technology in youth health", according to the numbering of the studies selected in table 1.

The main antecedents of "educational technology in youth health", according to the documents analyzed, were: School environment with disintegrated

A5	Validation of an educational game about sexuality for adolescents. (Validação de jogo educativo sobre sexualidade para adolescentes.)	Sousa MG, Oliveira EML, Coelho MMF, et al17.	Methodological Research	2018/ Revista Online de Pesquisa. Brazil.
A6	The use of facebook in health learning: perceptions of school adolescents. (O uso do facebook na aprendizagem em saúde: percepções de adolescentes escolares.)	Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, Silva ASR, Vieira NFC18.	Intervention, longitudinal study with a quantitative-qualitative approach	2018/ Revista Brasileira de Enfermagem. Brazil.
A7	Construction and validation of an educational booklet for the prevention of sexual violence in adolescence. (Construção e validação de cartilha educativa para prevenção de violência sexual na adolescência.)	SILVA, K. L.19.	Methodological and validation research	2015/ Tese Universidade Federal do Ceará (UFC). Brazil.
A8	Health communication: use of a web radio with schoolchildren. (Comunicação em saúde: uso de uma web rádio com escolares.)	Torres RAM, Silva MAM, Bezerra AEM, Abreu LDP, Mendonça GMM2.	Experience Report	2015/ Journal of Health Informatics (J. Health Inform.). Brazil.
A9	"Papo Irado": Technology of popular education in health with adolescents. (“Papo irado”: Tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes.)	Manuela M F C; Karla CLM, Sara TFB et al.20.	Methodological Research	2011/ Revista de APS - Atenção Primária à Saúde.
A10	Educational technologies in the school context: health education strategy in a public school in Fortaleza-CE. (Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza- CE.)	Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, et al21.	Action Research	2009/ Revista Eletrônica de Enfermagem. Brazil.
A11	Educational game as a health education strategy for adolescents in the prevention of STD/AIDS. (Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS.)	Barbosa SM, Dias FLA, Pinheiro AKB, et al22.	Descriptive exploratory study	2010/ Revista Eletrônica de Enfermagem. Brazil.
A12	Connected adolescence: Mapping internet use among young internet users. (Adolescência conectada: Mapeando o uso da internet em jovens internautas.)	Spizzirri, R. C. P., Wagner, A., Mosmann, C. P., & Armani, A. B.23.	Exploratory study of quantitative approach	2012/ Revista Psicologia Argumento. Brazil.
A13	Health Education on STD/AIDS with adolescents from a public school, using educational technology as an instrument. (Educação em Saúde sobre DST/AIDS com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como instrumento.)	Valesca MBC, Francisca LSF, Valéria M C et al24.	Descriptive and qualitative study	2009/ Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brazil.
A14	"Love and sex: Myths, truths and fantasies": Young people evaluate the potential of multimedia educational material in health. (“Amor e sexo: Mitos, verdades e fantasias”: Jovens avaliam potencial de material multimídia educativo em saúde.)	Mano, S. M. F.; Gouveia, F. C.; Schall, V. T25.	Methodological Research	2009/ Revista Ciência & Educação.

Source: Prepared by the authors.

content and disconnected from reality; deficient public policies; vertical relationships in the health area; traditional teaching methodology; difficulties of health professionals in developing activities with young people; curative and biological model in health education; unsystematic incipient actions devoid of local policies.

The main attributes found were: information, access to communication, technological tools, interactivity, virtual interaction, innovation, multimedia, dialogue, reflection, internet, educational workshops and games, participatory methodologies, group work and educational materials.

Regarding the consequences, it was observed: Promotion of access and apprehension of information; exchange of information among young people; adoption of preventive behaviors; overcoming the traditional model in the production of knowledge; youth empowerment; acquisition of new knowledge; clarification of doubts; stimulating reasoning and ability to analyze information.

Identification of a model case

Model case: Experience of nursing students in the promotion of health care with young schoolchildren about STI/AIDS transmitted through the Program in Tune in to Health, broadcast by the use of a web radio. The dialogical way in which web radio is used, allowed young people to build knowledge and interact among peers. In this way, it was realized that digital technology is a means of many possibilities, constituting a mechanism to better listen, promote health and ask questions about body care, a bond between health professionals and young students. The use of web radio brought an innovative health practice establishing new care plans.²

Identification of an otherwise

A nurse recently admitted to the Family Health Strategy of the city of Rougem, she wants to work with the you-

TABLE 2. Definitions for the concept "Educational Technology in Youth Health". Fortaleza (CE), Brazil, 2020.

DEFINITIONS OF THE CONCEPT OF EDUCATIONAL TECHNOLOGY IN YOUTH HEALTH

Various forms of expression that favor communication, knowledge, perceptions and desires of adolescents.
Information through the integration of multiple media, languages and resources, enabling the development of an interactive educational process.
Development of health education activities with technology that arouse the interest of adolescents.
Tools that provide arguments, reflections and collective construction of knowledge among adolescents.
They expand knowledge in health, facilitate individual learning through interactivity with the collective.
Effective instruments for health promotion and education enabling the empowerment of subjects for social transformation and improvement of their quality of life, awakening in adolescents their creativity, criticality, autonomy, thinking and curiosity.

Source: Prepared by the authors.

Table 3. Exposition of the Antecedents, Attributes and Consequences of the concept of "Educational Technology in Youth Health". Fortaleza (CE), Brazil, 2020.

BACKGROUND	ATTRIBUTES (characteristics)	CONSEQUENTS
<ul style="list-style-type: none"> - Disintegrated and disconnected content from the reality of adolescents. - Deficient public policies. - Vertical relationships in the health area. - Traditional teaching methodology. - Difficulties in developing activities that arouse the attention of this public, both in the Family Health Strategy and in the actions of the School Health Program. - Health education practices for adolescents are ineffective, as they do not focus on the vulnerabilities presented by them. - Curative and biological model of thinking and doing health. - Incipient, unsystematic actions devoid of local policies. - Heterosexual and normative view of young people. 	<ul style="list-style-type: none"> - Information, participation, communication, themes, technological tools, social inclusion. - Interactivity, scenario, dialogue and content. - Multimedia, expression, reflection, themes. - Internet, blog, virtual interaction, educational practice, pedagogical resources, language, school, students, participatory methodologies. - Dynamism, innovation, sharing, curiosity, pleasant learning, dialogue, group work. - Games, educational materials, creative process, innovation. - Health promotion and disease prevention. 	<ul style="list-style-type: none"> - Use of the internet by young people, promoting access and apprehension of information. - School and teachers evolved in the technological perspective. - Optimization of the students' teaching-learning process. - Shared construction of knowledge. - The use of blogs among teenagers, becoming a health education tool. - Development, validation and use of educational games for teenagers. - The use of facebook in health education practice, breaking with the borders of the health service. - Digital Booklets, to help in the adoption of preventive behaviors. - Overcoming the traditional teaching model. - Self-reflection and autonomy on sexual issues among young people and stimulation of reasoning and ability to analyze information.

Source: Prepared by the authors.

ng people in her community and looks for the school to seek support, offering to teach topics related to sexuality, sexual behavior and STIs. The school readily accepts the partnership and the scheduling of the activity is proposed. The nurse takes her data show to share her lecture, without promoting and stimulating debate with the students, bringing her religious conceptions, approaching sex before marriage as a sin and diseases as a punishment from God.

DISCUSSION

The definitions found for the concept in question were associated with available resources that provide communication, learning and reflection among subjects, resulting in individual knowledge in interaction with the collective, from the perspective of health promotion with the possibility of social transforma-

tion and empowerment.

In this sense, Mota et al., portray that technological expansion in recent decades has been promoting sociocultural and behavioral changes among individuals, resulting in educational transformations with the inclusion of ICT, expanding the possibilities of expression and interaction between subjects.⁴

Martins et al., consider that educational practices require the use of technologies as facilitators of the knowledge construction process in a creative perspective, transforming and critical, favoring the participation of the subjects in the educational process and contributing to the construction of citizenship and the increase of the autonomy of those involved.²⁶

Thus, it is essential to emphasize that the introduction of educational technologies in the health of youths, in this analysis of the concept, allowed a better

understanding of the playful and participatory character regarding the health of this segment, providing open debates on topics of youth interest.

CONCLUSION

The study made it possible to delimit the aspects and formation of the concept of "Educational technology in youth health". Thus, this method was considered adequate to reach the proposed objective. As gaps, it is necessary to mention the possibility of deepening the concept with the execution of steps three and eight (identification of the uses of the concept in the literature and definition of empirical references of the studied concept, respectively), including the expansion of research in other languages to have a more global parameter for the use of the concept.

REFERENCES

- 1-Lima CM, Santos S, Silvestre GCSB. Cinema e Promoção da Saúde: Experiência com Cine-Debate. *Perspectivas Online: Humanas & Sociais Aplicadas*. 2018; 8(22):1-9.
- 2-Torres RAM, Silva MAM, Bezerra AEM, Abreu LDP, Mendonça GMM. Comunicação em saúde: uso de uma web rádio com escolares. *J. Health Inform*. 2015 abr.-jun.; 7(2):58-61. Acesso em 23 jan. 2022.
- 3-Saboia VM, Moniz MA, Daher DV, Rangel ET, Moura JMB, Sá FC. Dinâmica comunicativa: avaliação da tecnologia educacional sobre drogas com estudantes universitários de enfermagem. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2016; 24 (1):e7849. Acesso em 22 dez. 2021.
- 4-Mota, D. N.; Torres, R. A. M.; Guimarães, J. M. X.; Marinho, M. N. A. S. B.; Araújo, A. F. Tecnologias da informação e comunicação: influências no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *J. Health Inform*. 2018 Abril-Junho; 10(2): 45-9. Acesso em 02.05.2022.
- 5-Struchiner, M.; Giannella, T. R. Com-viver, com-ciência e cidadania: Uma pesquisa baseada em design integrando a temática da saúde e o uso de tecnologias digitais de informação e comunicação na escola. *Revista e-Curriculum*, São Paulo, v.14, n.03, p. 942 – 969 jul./set.2016. Acesso em 21.05.2022.
- 6-Palácio, M. A. V.; Cianella, D.; Struchiner, M. Narrativas digitais e aprendizagem: Um panorama a partir do ensino na saúde. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2017 abr.-jun.; 11(2). Acesso em 21.05.2022.
- 7-Alexander JW, Kroposki, M. Using a management perspective to define and measure changes in nursing technology. *J Adv Nurs*. 2001;35(5):776-83.
- 8-Lopes EM, Pinheiro AKB, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Technology and nursing practice – a bibliographical research. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2009 [citado 2009 Jul 22]; 8(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.1883/446>.
- 9-Parker FM, Lazenby RB, Brown JL. Mission possible CD rom: instructional tool for preceptors. *Nurse Educ Today*. 2012; 32(5):561-4.
- 10- Walker, L. O.; Avant, K. C. *Strategies for theory construction in nursing*. 5th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2011.
- 11- Mororó, D. D. S.; Enders, B. C.; Lira, A. L. B. C.; Silva, C. M. B.; Menezes, R. M. P. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30 (3):323-32. Acesso em 24.06.2019.
- 12- Fernandes, M. G. M; Nóbrega, M. M. L.; Garcia, T. R.; Macêdo-Costa, K. N. F. Análise conceitual: considerações metodológicas. *Rev. bras. enferm*. [Internet]. 2011 Dec [cited 2019 June 24]; 64(6): 1150-1156. Acesso em 20.06.2019.
- 13- Cavalcante RB [+5+] et al. Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares. *J. Health Inform*. 2012 out.-dez.; 4(4):182-6. Acesso em: 06/05/2022.
- 14- Almeida TG, Vasconcelos EL, Trindade RFC [+3+] et al. Validação de material educativo como ferramenta pedagógica sobre métodos contraceptivos para adolescentes. *Rev. enferm. UFPE on-line*, Recife, 2016; 10(12):4696-700. Acesso em: 15/04/2022.
- 15- Pinto ACS, Scopacasa LF, Bezerra LLAL [+3+] et al. Uso de Tecnologias da Informação e Comunicação na Educação em Saúde de Ado-

- lescentes: Revisão Integrativa. Rev enferm UFPE on-line. Recife. 2017; 11(2):634-44. Acesso em: 13/05/2022.
- 16- Valli GP, Cogo ALP. Blogs escolares sobre sexualidade: estudo exploratório documental. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(3):31-37. Acesso em: 08/05/2022.
- 17- Sousa MG, Oliveira EML, Coelho MMF [+3+] et al. Validação de jogo educativo sobre sexualidade para adolescentes. Rev Fund Care Online. 2018 jan./mar.; 10(1):203-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.203-209>.
- 18- Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, Silva ASR, Vieira NFC. The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(2):265-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0604>. Acesso em: 09/05/2022.
- 19- Silva, KL. Construção e validação de cartilha educativa para prevenção da violência sexual na adolescência 2015. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015. Acesso em: 11/05/2022.
- 20- Manuela MFCC [+5+] et al. "Papo Irado": Tecnologia de Educação Popular em Saúde com Adolescentes. Rev APS. 2011 out/dez; 14(4): 502-506. Acesso em: 08/05/2022.
- 21- Gubert FA, Santos ACL, Aragão KA, Pererira DCR, Vieira NFC, Pinheiro PNC. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(1):165-72. Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>. Acesso em: 10/05/2022.
- 22- Barbosa SM, Dias FLA, Pinheiro AKB, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010; 12(2):337-41. Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a17.htm>. DOI: 10.5216/ree.v12i2.6710. Acesso em: 12/05/2022.
- 23- Spizzirri RCP [+5+] et al. Adolescência conectada: Mapeando o uso da internet em jovens internautas. Revista Psicol. Argum., Curitiba, 2012 abr./jun; 30(69)327-335. Acesso em: 10/05/2022.
- 24- Valesca MBC, Francisca LS, Valéria MC [+3+] et al. Educação em Saúde sobre Dst/Aids com Adolescentes de uma Escola Pública, Utilizando a Tecnologia Educacional como Instrumento. DST - J bras Doenças Sex Transm. 2009; 21(3): 124-128 - ISSN: 0103-4065.
- 25- Mano SMF, Gouveia FC, Schall VT. "Amor e Sexo: Mitos, Verdades e Fantasias": Jovens Avaliam Potencial de Material Multimídia Educativo em Saúde. Ciência & Educação. 2009; 15(3)647-658.
- 26- Martins AKL, Nunes JM, Nóbrega MFB, Pinheiro, PNC, Souza, AMA, Vieira, NFC, et al. Literatura de cordel: tecnologia de educação para a saúde e enfermagem. Rev. Enferm. UERJ, 2011; 19(2)324-329. Acesso em 23.06.2022.

Uso de plantas medicinais por usuários de um serviço de atenção primária à saúde

Use of medicinal plants by users of a primary health care service

Uso de plantas medicinales por usuarios de un servicio de atención primaria de salud

RESUMO

Objetivo: Identificar o uso de plantas medicinais entre usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde. Método: Estudo quantitativo descritivo realizado por meio de estudo de caso. Entrevistou-se 100 usuários do serviço de duas unidades de saúde, uma em zona urbana e outra em zona rural, do município de Benevides, Pará. Os resultados foram organizados e tabulados por meio de estatística descritiva. Resultados: Identificou-se uso de plantas medicinais, informantes, cultivo e comunicação aos profissionais de saúde. Os usuários das duas unidades de saúde usam, cultivam e conhecem. Acima de 80% das fontes de informação são membros da família. E acima de 60% dos usuários cultivam em propriedade particular. Conclusão: As plantas medicinais são usadas entre os usuários do serviço, sendo a indicação, eficácia e eventos adversos repassados principalmente entre gerações de famílias e cultivadas principalmente em quintais, com limitação do informação sobre o uso aos profissionais de saúde.

DESCRIPTORIOS: Plantas Medicinais; Atenção Primária em Saúde; Fitoterapia; Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

Objective: To identify the use of medicinal plants among users of a Primary Health Care service. Method: Descriptive quantitative study conducted through a case study. We interviewed 100 users of the service of two health units, one in urban area and another in rural areas, in the municipality of Benevides, Pará. The results were organized and tabulated using descriptive statistics. Results: The use of medicinal plants, informants, cultivation and communication to health professionals was identified. Users of both health units use, cultivate and know. Over 80% of information sources are family members. And over 60% of users grow on private property. Conclusion: Medicinal plants are used among service users, and the indication, efficacy and adverse events are passed mainly between generations of families and cultivated mainly in backyards, with limitation of information on the use of health professionals.

DESCRIPTORS: Medicinal Plants; Primary Health Care; Phytotherapy; Therapeutic Itinerary; Culture.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el uso de plantas medicinales entre los usuarios de un servicio de Atención Primaria de Salud. Método: Estudio cuantitativo descriptivo realizado a través de un estudio de caso. Entrevistamos a 100 usuarios del servicio de dos unidades de salud, una en área urbana y otra en áreas rurales, en el municipio de Benevides, Pará. Los resultados fueron organizados y tabulados utilizando estadística descriptiva. Resultados: Se identificó el uso de plantas medicinales, informantes, cultivo y comunicación a profesionales de la salud. Los usuarios de ambas unidades de salud utilizan, cultivan y conocen. Más del 80% de las fuentes de información son miembros de la familia. Y más del 60% de los usuarios crecen en propiedad privada. Conclusión: Las plantas medicinales se utilizan entre los usuarios de servicios, y la indicación, eficacia y eventos adversos se transmiten principalmente entre generaciones de familias y se cultivan principalmente en patios traseros, con limitación de información sobre el uso de profesionales de la salud.

DESCRIPTORIOS: Plantas Medicinales; Primeros auxilios; fitoterapia; Itinerario Terapêutico; Cultura.

RECEBIDO EM: 05/05/2022 APROVADO EM: 24/05/2022

Ana Cristina Costa Góes

Enfermeira formada pela Universidade da Amazônia (UNAMA), Pesquisadora na área de educação em saúde, com especialização em tratamento de lesões cutâneas e experiência em enfermagem do trabalho, urgência/emergência e saúde coletiva com coordenação de equipe e do serviço de Unidade Básica de Saúde. Atualmente enfermeira assistencial no Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação (CIIR)
ORCID: 0000-0001-7192-7549

Larissa Sonayra Leal da Silva:

Enfermeira graduada pela Universidade da Amazônia. Especialista em urgência e emergência. Atua na atenção primária em saúde.

ORCID: 0000-0002-9596-4077

Monique Teresa Amoras do Nascimento

Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, bolsista PIBIC do projeto de pesquisa Itinerários terapêuticos de uma comunidade quilombola amazônica, integra o Grupo de Estudos em Educação, formação e gestão para a práxis do cuidado de enfermagem (EDUGESPEN), Membro Grupo de Trabalho e Pesquisa com Povos e Populações Amazônicas Enfermagem (GTPE).

ORCID: 0000-0003-1413-1565

Nádile Juliane Costa de Castro

Graduada em Enfermagem (Escola de Enfermagem Magalhães Barata/UEPA/2007). Doutora em Ciências: socioambientais (NAEA/UFPA/2019). Mestre em Doenças Tropicais (NMT/UFPA/2010). Especialista em Saúde Pública e metodologia do ensino de artes. Docente da Universidade Federal do Pará, lotada no Instituto de Ciências da Saúde por meio da Faculdade de Enfermagem. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF-UFPA).

ORCID: 0000-0002-7675-5106

INTRODUÇÃO

As plantas medicinais são utilizadas desde os primórdios da civilização por diferentes grupos étnicos, esse conhecimento tem sido objeto de pesquisas e se tornado a base de novos fármacos¹. A utilização desse recurso natural favorece a integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), valorizando o saber popular e autocuidado, contrapondo o modelo biomédico centrado na doença, em detrimento aos outros tipos de geração de conhecimentos².

Por meio de políticas e movimentos que fortalecem as práticas integrativas e complementares, é possível resgata esses saberes populares, favorecendo formas de cuidado holístico que promovam sustentabilidade, valorização do autocuidado e participação ativa do paciente em todo o processo³. Entretanto é importante assinalar que o uso de plantas medicinais pode causar intoxicações graves, na maioria dos casos por automedicação e desconhecimento⁴. Há também uma falta de controle microbiano em vários produtos oriundos de plantas medicinais⁴.

Por conta disso, é importante considerar a particularidade de cada espécie e seu uso racional, haja vista que embora possam ter efeitos benéficos, também podem causar reações adversas⁵. Analisando essa situação o Ministério da Saúde instituiu

a “Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos” (PNPMF) por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006 para proporcionar o acesso seguro ao uso das plantas medicinais e fitoterápicos⁶.

Entre essas plantas, nove foram aprovadas pela ANVISA para uso e fabricação de medicamentos fitoterápicos⁷. Estes primeiros apontamentos subsidiaram o formulário de fitoterápicos farmacopeia brasileira estabelecendo as práticas de manipulação e dispensação de fitoterápicos (Resolução RDC nº 60 de 10 de novembro de 2011), do memento de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (MFFB) que dispõe de monografias que orientam a prescrição de plantas medicinais e fitoterápicos⁸.

Diante dessas atualizações, percebe-se o avanço das regulamentações brasileiras para a incorporação e valorização das plantas medicinais na APS⁹. Como resultado destas inserções o uso de plantas medicinais tem sido apontado em estudos, o que demonstra a importância da discussão sobre o tema a partir da PNPMF e das várias experiências exitosas^{10,11,12}.

Todavia ainda se encontra resistência na prescrição das plantas medicinais¹³. Estudos apontam que os enfermeiros possuem possuíam déficit de conhecimentos das políticas nacionais e pú-

blicas de valorização do uso e difusão de terapias complementares¹⁴. O não aprofundamento nos conhecimentos de tais políticas pode implicar não adesão a medicina tradicional, resultando na desvalorização dessa forma de cuidado. Com isso, é necessário que os profissionais adquiram esses conhecimentos para a consolidação da política¹⁵.

Essa carência começa desde a formação acadêmica, onde os profissionais da saúde não aprendem sobre medicina tradicional e muitas vezes desconhecem evidências científicas acerca das PM^{16,17}. Tal situação gera impacto na falta de incentivo e divulgação do uso racional das PM para a população. No trabalho de Szerwieski et al., mostrou-se que usuários não sabiam corretamente as contraindicações e os possíveis efeitos colaterais, e disseram fazer uso indiscriminado, acreditando que por ser algo mais natural não poderia apresentar malefícios¹⁸.

Nestes termos, observa-se a necessidade de estudos que mostrem os conhecimentos e itinerários dos usuários da APS em diversos contextos a fim de implementar a PNPMF. Observa-se, que há uma lacuna com estudos na região Amazônica, sendo necessário ampliar as evidências, em virtude das peculiaridades e pluralidades de povos da região.

Destaca-se que os conhecimentos sobre medicina tradicional ancestral na

Amazônia fazem parte do constructo histórico-social das populações que se encontram nos territórios da região^{19,20}. É, portanto, imprescindível que os profissionais de saúde e os serviços de atenção à saúde identifiquem os itinerários terapêuticos aos grupos sociais que estão sendo acompanhados nos serviços de saúde da APS.

O estudo tem como objetivo identificar o uso de plantas medicinais entre usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Tipo de estudo e referencial teórico

Estudo quantitativo descritivo realizado por meio de estudo de caso²¹. O estudo de caso é utilizado em estudos que avaliam um fenômeno em seu contexto real de modo aprofundar uma unidade individual. Realizou-se em duas unidades de saúde da Atenção Primária em Saúde do município de Benevides, no Estado do Pará, intituladas Flores (UF) e Paraíso do Murinin (UPM). A escolha dos referidos locais ocorreu, pois, nestes estão presente espaço urbano (Unidade de Flores) e rural (Paraíso de Murinin). O referencial teórico foi realizado por meio de estudos sobre conhecimento tradicional no contexto Amazônico.

Participantes: Usuários das Unidades de Flores e Paraíso do Murinin localizadas no município de Benevides, Estado do Pará. A seleção dos participantes realizou-se por meio do contato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das unidades de Saúde

Critérios de inclusão e exclusão: Elençou-se como critério de inclusão ser usuário das unidades de saúde e possuir entre 18 e 80 anos. Buscou-se incluir uma amostragem igual das unidades de saúde. Excluiu-se usuários com déficits cognitivos, de fala e não cadastrados nas unidades elencadas no estudo. Assim, participaram do estudo 100 usuários de ambos os sexos (50 na unidade de Flores e 50 na unidade Paraíso do Murinin).

Período de coleta de dados e recor-

te temporal: Os dados foram coletados em outubro de 2015. Instrumentos utilizados. As informações foram obtidas por meio de formulário que continha sete perguntas estruturadas. Os resultados foram organizados e tabulados por meio de estatística descritiva simples e apresentados em gráficos produzidos por

Por meio de políticas e movimentos que fortalecem as práticas integrativas e complementares, é possível resgata esses saberes populares, favorecendo formas de cuidado holístico que promovam sustentabilidade, valorização do autocuidado e participação ativa do paciente em todo o processo.

meio do programa Microsoft Windows Excel. Quanto as questões éticas o presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 sob parecer número: 1340078. Os participantes da pesquisa assinaram o TCLE após esclare-

cimento do objetivo da pesquisa.

RESULTADO

O estudo demonstrou que 92% (46/50) da população da UM faz a utilização de plantas medicinais e 80% (40/50) dos usuários pesquisados em Flores também utilizam, independente do sexo ou idade. Identificou-se que 87,0% (43/50) da população de ambas as áreas pesquisadas nunca sofreram nenhum efeito colateral com a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos, e 13% (7/50) da população da UM e 12,5% (6/50) de UPF já sofreram algum dano com o uso. Dentre a população pesquisada 74% (37/50) da UPF e 55% (27/50) da UM nunca informaram aos médicos e enfermeiros o uso das plantas medicinais e fitoterápicos.

Em relação as fontes de conhecimentos para sobre o uso de plantas medicinais e suas funções o estudo identificou que a família é a principal fonte de informação. Identificou-se que 80,4% (40/50) dos participantes da UM e 80% (40/50) em Flores, obtiveram seus conhecimentos das plantas e fitoterápicos através de alguém da família assim como nos estudos^{19,22}, assim como pela observação do uso por outras pessoas 17,5% (9/50) Flores, 6,5% (3/50) da UM, por vizinhos 13% (6 / 50) identificado apenas na UM e um percentual mínimo de 2,5% (1/50) por orientação médica da UPF.

No que se refere origem da obtenção das plantas, dos 69,6% (9/50) dos participantes da UM e 60% (30/50) da UPF cultivam as plantas em suas propriedades, sem conhecimentos específicos, sobre o manejo e a higiene necessária nas etapas de plantação e colheita. Também foram indicados compra em casa de produtos naturais nas duas unidades, Flores e 19,6% (10/50) e UM 19,5% (10/50) e na farmácia 12,5% (6/50) flores e 10,5% UM. Em relação a orientação sobre uso das Plantas Medicinais, os usuários de UM receberam maior orientação 61,5% (30/50) em relação a Flores 38,9% (19/50) como apresentado na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Os achados apontam que os participantes da UM, por estarem em zona rural, têm acesso direto às plantas por seus quintais. Isso evidencia a possibilidade de questões socioeconômicas e de acesso ao serviço²². Nota-se que em zonas rurais, há uma relação mais harmoniosa com a natureza, o que explica o acesso e o conhecimento sobre plantas medicinais²³. O cultivo de plantas medicinais em populações rurais constitui um importante recurso utilizado para a saúde local²⁴. Verificou-se que os quintais são uma extensão da casa e um local onde os usuários dedicam atenção especial e compreendido como um sistema de produção complementar²⁵.

No que diz respeito a origem de informação e conhecimentos identificou-se que a família é a principal fonte. O processo de transmissão dos conhecimentos acerca das plantas medicinais é “transmitido através de várias gerações pela tradição oral e que as primeiras manifestações desse conhecimento começam na infância²⁶. Essa manifestação reforça a transmissão de saberes sustentando uma relação de confiança entre membros de uma família.

Em relação ao efeito colateral, demonstrou que mesmo sendo uma maneira mais natural, tem ações de toxicidade²⁷. Geralmente tais contaminantes podem promover graves problemas no organismo, resultando em diversos distúrbios e debilitando a saúde do usuário²⁸.

Importante ressaltar que a população não informa aos médicos e enfermeiros o uso dessa modalidade terapêutica. Tal situação é reflexo da fragilidade da relação médico-doente²⁹. Outrora, o distanciamento e falta de vínculo entre os profissionais e usuários, em função dos diferentes saberes e culturas promovem distanciamento. São desafios que precisam ser superados, para a inserção das PICs no SUS³⁰.

A falta de conhecimento e o pouco enfoque em terapias alternativas duran-

Tabela 1. Distribuição da porcentagem segundo as perguntas realizadas em duas UBS sobre plantas medicinais

Unidade de Saúde	Pergunta			
	Conhecimento e uso de plantas medicinais			
	Sim	Não		
FLORES	80%	20%		
MURINIM	92%	8%		
	Como aprenderam a usar as plantas medicinais			
	Orientação médica	Observando	Vizinhos	Família
FLORES	0%	17,5%	0%	80%
MURINIM	2,5%	6,5%	13%	80,4%
	Como obtêm as plantas medicinais			
	Unidade de saúde	Farmácia	Comércio	Cultivando
FLORES	0%	12,5%	27,5%	60%
MURINIM	0%	10,9%	19,6%	69,6%
	Efeitos adversos após utilização de alguma planta medicinal			
	Sim	Não		
FLORES	13%	87%		
MURINIM	13%	87%		
	Informação ao Médico e Enfermeiro da utilização das plantas medicinais			
	Sim	Não		
FLORES	26%	74%		
MURINIM	45%	55%		
	Recebeu Orientação de profissional de saúde sobre uso de plantas medicinais			
	Sim	Não		
FLORES	58,9%	61,1%		
MURINIM	61,5%	38,5%		

Fonte: elaboração dos autores, 2022

te a formação acadêmica representam o principal motivo pelo qual a grande maioria dos profissionais de saúde não indicam medicamentos à base de PM 12. Para superar esse cenário, estudos apontam o caminho para a implantação da fitoterapia na APS como um recurso terapêutico ou educativo³¹. Inicialmente deve-se realizar o levantamento das plantas medicinais utilizadas pela comunidade sendo posteriormente registrado nos protocolos oficiais do serviço.

Reitera-se que os profissionais de saúde realizem um estudo coletivo e registrem e uma ficha técnica ou materiais informativos para a disseminação das in-

formações pesquisadas. Estes materiais de apoio pautados nas plantas medicinais locais auxiliam para o momento da prescrição, contribuindo também para o estabelecimento do vínculo do profissional com a comunidade³². Logo, auxiliam atividades educativas pautadas no diálogo e valorização do saber popular, sensibilizando e estimulando-as na busca de articular e instituir espaços de colaboração e troca de experiências^{33,34,35}.

Outra estratégia é a criação de hortos didáticos, hortas comunitárias e a farmácia-viva. O primeiro refere-se a áreas destinadas ao cultivo de plantas in natura, com identificação botânica, preser-

vação de espécies em extinção, estudos e orientação didática sobre plantas³⁶. Já as hortas comunitárias são áreas destinadas ao cultivo orgânico, secagem artesanal, troca ou doação de mudas de espécies vegetais, em grande maioria, sem identificação botânica, mas com base na cultura popular e tradicional organizadas na comunidade, nos domicílios ou escolas³⁰. Já a Farmácia-viva que tem uma maior complexidade e segue as recomendações das boas práticas de processamento, armazenamento, manipulação e dispensação de plantas medicinais e fitoterápicos no âmbito do SUS^{37,38}.

CONCLUSÃO

De acordo com o estudo, foi constatado que os usuários das duas unidades básicas utilizam plantas como recurso

terapêutico com destaque do cultivo em suas propriedades, não informam os profissionais de saúde do uso dessas plantas e relatam efeito colateral em determinados casos. Logo, as plantas medicinais são usadas pelos usuários, todavia os profissionais de saúde precisam ser sensibilizados para dialogar sobre esse recurso.

Notou-se que a substituição da medicação alopática pelos medicamentos fitoterápicos, grande parte das pessoas não faz essa substituição, entretanto ainda se percebe que ocorre essa prática, principalmente em UM Este dado se torna preocupante, pois é uma conduta perigosa, visto que muitos tratamentos envolvem esquemas terapêuticos.

Dessa maneira, todos os clientes do serviço de saúde devem ser orientados dos riscos de abandonar tratamentos ou associar medicações, devendo ser com-

preendido que plantas medicinais têm ações farmacológicas que podem causar malefícios para a saúde, destacando também que o uso de plantas medicinais não é pior nem melhor que alopáticos é igual pois em sua composição existem compostos químicos capazes de alterar funções do organismo devendo assim serem utilizadas de maneira racional e sempre com orientação de um profissional habilitado para prescrevê-las.

Esse estudo apresenta a limitação de não ter explorado os tipos de plantas utilizadas pela comunidade, carecendo de outras pesquisas que ampliassem essas informações. Todavia, foi capaz de trazer a reflexão sobre conhecimento popular como forma de tratamento para as enfermidades.

REFERÊNCIAS

- 1-Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 18, de 03 de abril de 2013: Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 2-Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F, organizadores. Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. Cien Saude Colet 2012; 17(9):2553-2556.
- 3-Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: MS; 2006.
- 4-Caccia-Bava MCGG, Bertoni BW, Pereira MAS, Martinez EZ. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Cienc Saude Colet 2017; 22(5):1651-1651.
- 5-Ribeiro JC. Qualidade de plantas medicinais de uso popular no Brasil: uma visão experimental: roteiro de práticas. São João da Boa Vista: Editora Universitária UNIFAE, 2021. 45p.
- 6-Brasil. Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Diário Oficial da União 2006; 23 jun.
- 7-Brasil. Lista DCB Plantas medicinais atualizada em 2017 / ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- 8-Santos DL, Moraes JS, de Souza AZT, da Silva I. R. Saberes tradicionais sobre plantas medicinais na conservação da biodiversidade amazônica. Ciências em foco, 12(1), 2019.
- 9-Brasil, Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira. 1ª edição - 2016.
- 10-Santos DL, Moraes JS, de Souza AZT, da Silva I. R. Saberes tradicionais sobre plantas medicinais na conservação da biodiversidade amazônica. Ciências em foco, 12(1), 2019.
- 11-Ribeiro JC. Qualidade de plantas medicinais de uso popular no Brasil: uma visão experimental: roteiro de práticas. São João da Boa Vista: Editora Universitária UNIFAE, 2021. 45p.
- 12-Brasil. Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Diário Oficial da União 2006; 23 jun.
- 13-Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. Interface (Botucatu) 2013; 17(46):615-633.
- 14-Souza ADZ, Heinen HM, Amestoy SC, Mendieta MC, Piriz MA, Heck RM. O Processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária e a Política de Plantas Medicinais/Fitoterápicos. Rev Bras Plantas Med 2016; 18(2):480-487.
- 15-Patício KP, et al. O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2022, v. 27, n. 02 [cited 27 Abril 2022], pp. 677-686. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.46312020>.

- 16-Alonso-Castro AJ, Domínguez F, Maldonado-Miranda JJ, Castillo-Pérez LJ, Carranza-Álvarez C, Solano E, Isiordia-Espinoza MA, Del Carmen Juárez-Vázquez M, Zapata-Morales JR, Argueta-Fuertes MA, Ruiz-Padilla AJ, Solorio-Alvarado CR, Rangel-Velázquez JE, Ortiz-Andrade R, González-Sánchez I, Cruz-Jiménez G, Orozco-Castellanos LM. Use of medicinal plants by health professionals in Mexico. *J Ethnopharmacol* 2017; 198:81-86.
- 17-Palma JS, Badke MR, Heisler EV, Hick RM, Meincke SMK. Modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais. *Rev Pesqui Cuid Fundam* 2015; 7(3):2998-3008.
- 18-Szerwieski LLD, Cortez DAG, Bennemann RM, Silva ES, Cortez LER. Uso de plantas medicinais por idosos da atenção primária. *Rev Eletron Enferm* 2017; 19:1-11.
- 19-Durães AG, Silva Filho ACC, Oliveira LL, da Silva RDM, Gomes TS. Implementação de horta fitoterápica em uma USF no extremo Sul da Bahia. *Revista de APS*, 23. 2020.
- 20-Feijó AJL, et al. Construção do guia de plantas medicinais de Florianópolis, SC, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200718, 2021.
- 21-Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
- 22-Silva TLS da, Rosal LF, Oliveira MFS, Batista RF, Montão DP. Conhecimentos sobre plantas medicinais de comunidades tradicionais em viseu/pa: valorização e conservação. *Rev. Bras. de Agroecologia [Internet]*. 1º de outubro de 2019 [citado 28 de abril de 2022]; 14(3):12. Disponível em: <https://revistas.aba-agroecologia.org.br/rbagroecologia/article/view/22522>.
- 23-Gabriele Schek G, Mix PR, Kochhann DRA. O uso de plantas medicinais por famílias rurais. v.15, *Revista Saúde – UNG- SER*. n.1-2, 2021.
- 24-Mattos, Gerson et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2018, v. 23, n. 11 [Cited 20 Abril 2022], pp. 3735-3744. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.23572016>.
- 25-Almada ED, Souza MO. Quintais como patrimônio biocultural. *Quintais: memórias, resistência e patrimônio biocultural*. Belo Horizonte: EdUEMG, cap 1, p. 15-29, 2017.
- 26-Ceolin, Teila et al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*. 2011, v. 45, n. 1 [Acessado 29 Abril 2022], pp. 47-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100007>. Epub 22 Mar 2011. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100007>.
- 27-Ribeiro JC. Qualidade de plantas medicinais de uso popular no Brasil: uma visão experimental: roteiro de práticas. São João da Boa Vista: Editora Universitária UNIFAE, 2021. 45p.
- 28-Campos SC, Silva CG, Campana PRV; Almeida VL. Toxicidade de espécies vegetais. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Campinas, v.18, n.1, supl. I, p.373-382, 2016.
- 29-Barbosa MDS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1003-1022, 2017.
- 30-Nascimento, Marilene Cabral do et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. *Trabalho, Educação e Saúde [online]*. 2018, v. 16, n. 2 [Acessado 29 Abril 2022], pp. 751-772. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>. Epub 16 Abr 2018. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>.
- 31-Vale CMGCD, Freitas VFD, Silva ARDS, Rocha MT, Casimiro LDQ, Borges LHMU, et all. Uso de plantas medicinais por usuários da Atenção Primária à Saúde em Mossoró/RN: contribuição para profissionais prescritores. 2020.
- 32-UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. *Plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica*. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019.
- 33-Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. Telessaúde Brasil Redes. Como organizar rodas de conversa sobre plantas medicinais? Núcleo Telessaúde SC, 14 out. 2014.
- 34-Freitas JR, Silva AJ, Silva JAA, Ramos JRb, Silva FMV. A importância do enfermeiro nas práticas integrativas e complementares no sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Coletiva (Barueri)*. 2021; 11 (63); 5376-5389.
- 35-Araújo RS, Cruz PJSC, Vasconcelos ACCP, Pereira EAAL, Nascimento BGS, Mélo CT. Educação popular na atenção primária à saúde: sistematização de experiências com grupos comunitários de promoção da saúde. *Revista Conexão UEPG*. 2021; 17 (1): 01-22.
- 36-Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. Telessaúde Brasil Redes. Como inserir ações com fitoterapia como recurso terapêutico ou educativo na atenção básica? Núcleo Telessaúde SC, 10 jun 2017.
- 37-Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface (Botucatu) [online]*. 2013; 17 (46): 615-633.
- 38-Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010: Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Use of medicinal plants by users of a primary health care service

Uso de plantas medicinais por usuários de um serviço de atenção primária à saúde

Uso de plantas medicinales por usuarios de un servicio de atención primaria de salud

RESUMO

Objetivo: Identificar o uso de plantas medicinais entre usuários de um serviço de Atenção Primária à Saúde. Método: Estudo quantitativo descritivo realizado por meio de estudo de caso. Entrevistou-se 100 usuários do serviço de duas unidades de saúde, uma em zona urbana e outra em zona rural, do município de Benevides, Pará. Os resultados foram organizados e tabulados por meio de estatística descritiva. Resultados: Identificou-se uso de plantas medicinais, informantes, cultivo e comunicação aos profissionais de saúde. Os usuários das duas unidades de saúde usam, cultivam e conhecem. Acima de 80% das fontes de informação são membros da família. E acima de 60% dos usuários cultivam em propriedade particular. Conclusão: As plantas medicinais são usadas entre os usuários do serviço, sendo a indicação, eficácia e eventos adversos repassados principalmente entre gerações de famílias e cultivadas principalmente em quintais, com limitação de informação sobre o uso aos profissionais de saúde.

DESCRIPTORIOS: Plantas Medicinais; Atenção Primária em Saúde; Fitoterapia; Itinerário Terapêutico.

ABSTRACT

Objective: To identify the use of medicinal plants among users of a Primary Health Care service. Method: Descriptive quantitative study conducted through a case study. We interviewed 100 users of the service of two health units, one in urban area and another in rural areas, in the municipality of Benevides, Pará. The results were organized and tabulated using descriptive statistics. Results: The use of medicinal plants, informants, cultivation and communication to health professionals was identified. Users of both health units use, cultivate and know. Over 80% of information sources are family members. And over 60% of users grow on private property. Conclusion: Medicinal plants are used among service users, and the indication, efficacy and adverse events are passed mainly between generations of families and cultivated mainly in backyards, with limitation of information on the use of health professionals.

DESCRIPTORS: Medicinal Plants; Primary Health Care; Phytotherapy; Therapeutic Itinerary; Culture.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el uso de plantas medicinales entre los usuarios de un servicio de Atención Primaria de Salud. Método: Estudio cuantitativo descriptivo realizado a través de un estudio de caso. Entrevistamos a 100 usuarios del servicio de dos unidades de salud, una en área urbana y otra en áreas rurales, en el municipio de Benevides, Pará. Los resultados fueron organizados y tabulados utilizando estadística descriptiva. Resultados: Se identificó el uso de plantas medicinales, informantes, cultivo y comunicación a profesionales de la salud. Los usuarios de ambas unidades de salud utilizan, cultivan y conocen. Más del 80% de las fuentes de información son miembros de la familia. Y más del 60% de los usuarios crecen en propiedad privada. Conclusión: Las plantas medicinales se utilizan entre los usuarios de servicios, y la indicación, eficacia y eventos adversos se transmiten principalmente entre generaciones de familias y se cultivan principalmente en patios traseros, con limitación de información sobre el uso de profesionales de la salud.

DESCRIPTORIOS: Plantas Medicinales; Primeros auxilios; fitoterapia; Itinerario Terapéutico; Cultura.

RECEBIDO EM: 05/05/2022 APROVADO EM: 24/05/2022

Ana Cristina Costa Góes

Nurse graduated from the University of the Amazon (UNAMA), Researcher in the area of health education, specializing in the treatment of skin lesions and experience in occupational, urgency/emergency and collective health nursing with team coordination and the Basic Health Unit service. Currently an assistant nurse at the Integrated Center for Inclusion and Rehabilitation (CIIR)
ORCID: 0000-0001-7192-7549

Larissa Sonayra Leal da Silva:

Nurse graduated from the University of the Amazon. Specialist in urgency and emergency. Works in primary health care.

ORCID: 0000-0002-9596-4077

Monique Teresa Amoras do Nascimento

Student of Nursing at the Federal University of Pará, PIBIC scholarship holder of the research project Therapeutic Itineraries of an Amazonian Quilombola community, integrates the Study Group on Education, Training and Management for the Praxis of Nursing Care (EDUGESPEN), Member of the Working Group and Research with Amazonian Peoples and Populations Nursing (GTPE).

ORCID: 0000-0003-1413-1565

Nadile Juliane Costa de Castro

Graduated in Nursing (School of Nursing Magalhães Barata/UEPA/2007). PhD in Sciences: socio-environmental (NAEA/UFPA/2019). Master in Tropical Diseases (NMT/UFPA/2010). Specialist in Public Health and methodology of teaching arts. Professor at the Federal University of Pará, assigned to the Institute of Health Sciences through the Faculty of Nursing. Permanent Professor of the Postgraduate Program in Nursing (PPGENF-UFPA).

ORCID: 0000-0002-7675-5106

INTRODUCTION

Medicinal plants have been used since the dawn of civilization by different ethnic groups, this knowledge has been the object of research and has become the basis of new drugs.¹ The use of this natural resource favors the integrality of care in Primary Health Care (PHC), valuing popular knowledge and self-care, opposing the biomedical model centered on the disease, to the detriment of other types of knowledge generation.²

Through policies and movements that strengthen integrative and complementary practices, it is possible to rescue this popular knowledge, favoring forms of holistic care that promote sustainability, appreciation of self-care and active participation of the patient throughout the process.³ However, it is important to note that the use of medicinal plants can cause serious poisoning, in most cases due to self-medication and ignorance.⁴ There is also a lack of microbial control in many medicinal plant products.⁴

Because of this, it is important to consider the particularity of each species and its rational use, given that although they can have beneficial effects, they can also cause adverse reactions.⁵ Analyzing this situation, the Ministry of Health instituted the “National Policy on Medicinal

Plants and Phytotherapics” (PNPMF - Política Nacional de Plantas Medicinaias e Fitoterápicos) through Decree No. 5,813, of June 22, 2006, to provide safe access to the use of medicinal plants and phytotherapics.⁶

Among these plants, nine were approved by ANVISA for the use and manufacture of herbal medicines.⁷ These first notes subsidized the Brazilian Pharmacopoeia herbal medicine form, establishing the practices of handling and dispensing herbal medicines (Resolution RDC nº 60 of November 10th, 2011), of the Phytotherapics memento of the Brazilian Pharmacopoeia (MFFB - Memento de Fitoterápicos da Farmacopoeia Brasileira) which has monographs that guide the prescription of medicinal plants and phytotherapics.⁸

In view of these updates, we can see the advance of Brazilian regulations for the incorporation and valorization of medicinal plants in PHC.⁹ As a result of these insertions, the use of medicinal plants has been pointed out in studies, which demonstrates the importance of the discussion on the subject from the PNPMF and the various successful experiences.^{10,11,12}

However, there is still resistance in the prescription of medicinal plants.¹³ Studies show that nurses have a lack of knowledge of national and public po-

licies to value the use and diffusion of complementary therapies.¹⁴ Failure to deepen knowledge of such policies may imply non-adherence to traditional medicine, resulting in the devaluation of this form of care. Thus, it is necessary for professionals to acquire this knowledge for the consolidation of the policy.¹⁵

This lack begins with academic training, where health professionals do not learn about traditional medicine and are often unaware of scientific evidence about Medicinal Plants.^{16,17} This situation has an impact on the lack of incentive and dissemination of the rational use of Medicinal Plants for the population. In the work by Szerwieski et al., it was shown that users were not correctly aware of the contraindications and possible side effects, and said that they used indiscriminately, believing that because it is something more natural, it could not cause harm.¹⁸

In these terms, there is a need for studies that show the knowledge and itineraries of PHC users in different contexts in order to implement the PNPMF. It is observed that there is a gap with studies in the Amazon region, and it is necessary to expand the evidence, due to the peculiarities and pluralities of peoples in the region.

It is noteworthy that the knowledge about traditional ancestral medicine in

the Amazon is part of the historical-social construct of the populations that are in the territories of the region.^{19,20} It is, therefore, essential that health professionals and health care services identify the therapeutic itineraries for the social groups that are being monitored in the PHC health services.

The study aims to identify the use of medicinal plants among users of a Primary Health Care service.

METHOD

Type of study and theoretical framework

Descriptive quantitative study carried out through a case study.²¹ The case study is used in studies that evaluate a phenomenon in its real context in order to deepen an individual unit. It was carried out in two primary health care units in the municipality of Benevides, in the state of Pará, entitled Flores (UF) and Paraíso do Murinin (UPM). The choice of these places occurred because, in these are present urban space (Flowers Unit) and rural space (Paraíso de Murinin Unit). The theoretical framework was carried out through studies on traditional knowledge in the Amazon context.

The participants were users of the Flores and Paraíso do Murinin Units located in the municipality of Benevides, State of Pará. The selection of participants was carried out through the contact of the Community Health Agents (CHA) of the Health Units.

As inclusion and exclusion criteria, it was listed as an inclusion criterion to be a user of health units and be between 18 and 80 years old. We sought to include an equal sample of health units. Users with cognitive and speech deficits and not registered in the units listed in the study are excluded. Thus, 100 users of both sexes participated in the study (50 in the Flores unit and 50 in the Paraíso do Murinin unit).

Data was collected in October 2015. Instruments used. The information was obtained through a form that contain-

ed seven structured questions. The results were organized and tabulated using simple descriptive statistics and presented in graphs produced using the Microsoft Windows Excel program. Re-

Through policies and movements that strengthen integrative and complementary practices, it is possible to rescue this popular knowledge, favoring forms of holistic care that promote sustainability, appreciation of self-care and active participation of the patient throughout the process.

garding ethical issues, the present study was approved by the Research Ethics Committee under Resolution No. 466 of December 12, 2012 under opinion number: 1340078. Research participants signed the informed consent after clarifying the research objective.

RESULT

The study showed that 92% (46/50) of the UPM population uses medicinal plants and 80% (40/50) of users surveyed in Flores also use them, regardless of gender or age. It was identified that 87.0% (43/50) of the population of both areas surveyed never suffered any side effects with the use of medicinal plants and phytotherapies, and 13% (7/50) of the UPM population and 12.5% (6/50) of the UF have already suffered some damage from the use. Among the population surveyed, 74% (37/50) of the UF and 55% (27/50) of the UPM never informed doctors and nurses about the use of medicinal plants and herbal medicines.

Regarding the sources of knowledge about the use of medicinal plants and their functions, the study identified that the family is the main source of information. It was found that 80.4% (40/50) of UPM participants and 80% (40/50) in Flores, obtained their knowledge of plants and herbal medicines through someone in the family as well as in the studies 19,22, as well as by observing the use by others 17.5% (9/50) Flores, 6.5% (3/50) from UM, by neighbors 13% (6/50) identified only at the UPM and a minimum percentage of 2.5% (1/50) by medical advice from the UF.

With regard to the origin of obtaining the plants, 69.6% (9/50) of the UPM participants and 60% (30/50) of the UF, grow the plants on their properties, without specific knowledge about the management and hygiene required in the planting and harvesting stages.

Home purchases of natural products were also indicated in both units, Flores with 19.6% (10/50) and UPM 19.5% (10/50) and at the pharmacy 12.5% (6/50) Flores and 10.5% UM. Regarding guidance on the use of Medicinal Plants, UPM users received 61.5% more guidance (30/50) compared to Flores 38.9% (19/50) as shown in Table 1.

DISCUSSION

The findings indicate that UPM participants, as they are in rural areas, have direct access to plants through their backyards. This highlights the possibility of socioeconomic issues and access to the service.²² It is noted that in rural areas, there is a more harmonious relationship with nature, which explains access to and knowledge of medicinal plants.²³ The cultivation of medicinal plants in rural populations is an important resource used for local health.²⁴ It was found that the backyards are an extension of the house and a place where users pay special attention is understood as a complementary production system.²⁵

Regarding the origin of information and knowledge, it was identified that the family is the main source. The process of transmission of knowledge about medicinal plants is transmitted through several generations by oral tradition and that the first manifestations of this knowledge begin in childhood.²⁶ This manifestation reinforces the transmission of knowledge, sustaining a relationship of trust between members of a family.

Regarding the side effect, it showed that even though it is a more natural way, it has toxicity actions.²⁷ Generally, such contaminants can cause serious problems in the body, resulting in various disorders and weakening the user's health.²⁸

It is important to emphasize that the population does not inform doctors and nurses about the use of this therapeutic modality. This situation reflects the fragility of the doctor-patient relationship.²⁹ In the past, the distance and lack of bond between professionals and users, due to different knowledge and cultures, promoted distancing. These are challenges that need to be overcome for the insertion of PICs in the SUS.³⁰

The lack of knowledge and little focus on alternative therapies during academic training represent the main reason why the vast majority of health professionals do not recommend medicines based on

Table 1. Distribution of percentage according to questions asked in two UBS about medicinal plants

Health Unit	Question			
	Knowledge and use of medicinal plants			
	Yes	No		
FLORES	80%	20%		
MURINIM	92%	8%		
	How they learned to use medicinal plants			
	Medical advice	Watching	Neighbors	Family
FLORES	0%	17,5%	0%	80%
MURINIM	2,5%	6,5%	13%	80,4%
	How do they get the medicinal plants			
	Health unity	Pharmacy	Commerce	Cultivating
FLORES	0%	12,5%	27,5%	60%
MURINIM	0%	10,9%	19,6%	69,6%
	Adverse effects after using any medicinal plant			
	Yes	No		
FLORES	13%	87%		
MURINIM	13%	87%		
	Information to the Doctor and Nurse on the use of medicinal plants			
	Yes	No		
FLORES	26%	74%		
MURINIM	45%	55%		
	Received guidance from a health professional on the use of medicinal plants			
	Yes	No		
FLORES	58,9%	61,1%		
MURINIM	61,5%	38,5%		

Source: elaboration of the authors, 2022

Medicinal Plants.¹² To overcome this scenario, studies point the way to the implementation of phytotherapy in PHC as a therapeutic or educational resource.³¹ Initially, a survey of medicinal plants used by the community must be carried out and subsequently registered in the official protocols of the service.

It is reiterated that health professionals carry out a collective study and register a technical sheet or informative materials for the dissemination of the researched information. These support materials based on local medicinal plants help when prescribing, also contributing to the establishment of the professional's

bond with the community.³² Therefore, they help with educational activities based on dialogue and appreciation of popular knowledge, raising awareness and stimulating them in the search for articulating and instituting spaces for collaboration and exchange of experiences.^{33,34,35}

Another strategy is the creation of educational gardens, community gardens and a live pharmacy. The first refers to areas intended for the cultivation of in natura plants, with botanical identification, preservation of endangered species, studies and didactic guidance on plants.³⁶ Community gardens are areas

intended for organic cultivation, artisanal drying, exchange or donation of seedlings of plant species, most of them without botanical identification, but based on popular and traditional culture organized in the community, in households or schools.³⁰ The Farmácia-viva, on the other hand, is more complex and follows the recommendations of good practices for processing, storing, handling and dispensing medicinal plants and herbal medicines within the scope of the SUS.

37, 38

CONCLUSION

According to the study, it was found that users of the two basic units use

plants as a therapeutic resource, with emphasis on cultivation on their properties, do not inform health professionals about the use of these plants and report side effects in certain cases. Therefore, medicinal plants are used by users, however health professionals need to be sensitized to dialogue about this resource.

It was noted that the replacement of allopathic medication by herbal medicines, most people do not make this substitution, however, it is still noticed that this practice occurs, mainly in UM, this data becomes worrying, because it is a dangerous behavior, since many treatments involve therapeutic regimens.

In this way, all health service clients must be advised of the risks of abando-

ning treatments or associating medications. It should be understood that medicinal plants have pharmacological actions that can cause harm to health, also highlighting that the use of medicinal plants is neither worse nor better than allopathic plants, it is the same because in their composition there are chemical compounds capable of altering the body's functions.

This study has the limitation of not having explored the types of plants used by the community, lacking further research to expand this information. However, it was able to bring a reflection on popular knowledge as a form of treatment for diseases.

REFERENCES

- 1-Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 18, de 03 de abril de 2013: Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 2-Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F, organizadores. Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2553-2556.
- 3-Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: MS; 2006.
- 4-Caccia-Bava MCGG, Bertoni BW, Pereira MAS, Martinez EZ. Disponibilidade de medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais nas unidades de atenção básica do Estado de São Paulo: resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). *Cienc Saude Colet* 2017; 22(5):1651-1651.
- 5-Ribeiro JC. Qualidade de plantas medicinais de uso popular no Brasil: uma visão experimental: roteiro de práticas. São João da Boa Vista: Editora Universitária UNIFAE, 2021. 45p.
- 6-Brasil. Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. *Diário Oficial da União* 2006; 23 jun.
- 7-Brasil. Lista DCB Plantas medicinais atualizada em 2017 / ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- 8-Santos DL, Moraes JS, de Souza AZT, da Silva I. R. Saberes tradicionais sobre plantas medicinais na conservação da biodiversidade amazônica. *Ciências em foco*, 12(1), 2019.
- 9-Brasil, Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira. 1ª edição - 2016.
- 10-Santos DL, Moraes JS, de Souza AZT, da Silva I. R. Saberes tradicionais sobre plantas medicinais na conservação da biodiversidade amazônica. *Ciências em foco*, 12(1), 2019.
- 11-Ribeiro JC. Qualidade de plantas medicinais de uso popular no Brasil: uma visão experimental: roteiro de práticas. São João da Boa Vista: Editora Universitária UNIFAE, 2021. 45p.
- 12-Brasil. Decreto Presidencial nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. *Diário Oficial da União* 2006; 23 jun.
- 13-Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(46):615-633.
- 14-Souza ADZ, Heinen HM, Amestoy SC, Mendieta MC, Piriz MA, Heck RM. O Processo de trabalho dos enfermeiros da atenção primária e a Política de Plantas Medicinais/Fitoterápicos. *Rev Bras Plantas Med* 2016; 18(2):480-487.
- 15-Patrício KP, et al. O uso de plantas medicinais na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2022, v. 27, n. 02 [cited 27 Abril 2022], pp. 677-686. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.46312020>.
- 16-Alonso-Castro AJ, Domínguez F, Maldonado-Miranda JJ, Castilho-Pérez LJ, Carranza-Álvarez C, Solano E, Isirdia-Espinoza MA, Del Carmen Juárez-Vázquez M, Zapata-Morales JR, Argueta-Fuertes MA, Ruiz-Padilla AJ, Solorio-Alvarado CR, Rangel-Velázquez JE, Ortiz-Andrade R, González-Sánchez I, Cruz-Jiménez G, Orozco-Castellanos LM. Use of medicinal plants by health professionals in Mexico. *J Ethnopharmacol* 2017; 198:81-86.
- 17-Palma JS, Badke MR, Heisler EV, Hick RM, Meincke SMK. Modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais.

Rev Pesqui Cuid Fundam 2015; 7(3):2998-3008.

18-Szerwieski LLD, Cortez DAG, Bennemann RM, Silva ES, Cortez LER. Uso de plantas medicinais por idosos da atenção primária. Rev Eletron Enferm 2017; 19:1-11.

19-Durães AG, Silva Filho ACC, Oliveira LL, da Silva RDM, Gomes TS. Implementação de horta fitoterápica em uma USF no extremo Sul da Bahia. Revista de APS, 23. 2020.

20-Feijó AJL, et al. Construção do guia de plantas medicinais de Florianópolis, SC, Brasil. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, p. e200718, 2021.

21-Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

22-Silva TLS da, Rosal LF, Oliveira MFS, Batista RF, Montão DP. Conhecimentos sobre plantas medicinais de comunidades tradicionais em viseu/pa: valorização e conservação. Rev. Bras. de Agroecologia [Internet]. 1º de outubro de 2019 [citado 28 de abril de 2022];14(3):12. Disponível em: <https://revistas.aba-agroecologia.org.br/rbagroecologia/article/view/22522>.

23-Gabriele Schek G, Mix PR, Kochhann DRA. O uso de plantas medicinais por famílias rurais. v.15, Revista Saúde – UNG- SER. n.1-2, 2021.

24-Mattos, Gerson et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 11 [Cited 20 Abril 2022], pp. 3735-3744. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.23572016>.

25-Almada ED, Souza MO. Quintais como patrimônio biocultural. Quintais: memórias, resistência e patrimônio biocultural. Belo Horizonte: EdUEMG, cap 1, p. 15-29, 2017.

26-Ceolin, Teila et al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2011, v. 45, n. 1 [Acessado 29 Abril 2022], pp. 47-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100007>. Epub 22 Mar 2011. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100007>.

27-Ribeiro JC. Qualidade de plantas medicinais de uso popular no Brasil: uma visão experimental: roteiro de práticas. São João da Boa Vista: Editora Universitária UNIFAE, 2021. 45p.

28-Campos SC, Silva CG, Campana PRV; Almeida VL. Toxicidade de

espécies vegetais. Rev. Bras. Pl. Med., Campinas, v.18, n.1, supl. I, p.373-382, 2016.

29-Barbosa MDS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1003-1022, 2017.

30-Nascimento, Marilene Cabral do et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2018, v. 16, n. 2 [Acessado 29 Abril 2022], pp. 751-772. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>. Epub 16 Abr 2018. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00130>.

31-Vale CMGCD, Freitas VFD, Silva ARDS, Rocha MT, Casimiro LDQ, Borges LHMU, et all. Uso de plantas medicinais por usuários da Atenção Primária à Saúde em Mossoró/RN: contribuição para profissionais prescritores. 2020.

32-UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019.

33-Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. Telessaúde Brasil Redes. Como organizar rodas de conversa sobre plantas medicinais? Núcleo Telessaúde SC, 14 out. 2014.

34-Freitas JR, Silva AJ, Silva JAA, Ramos JRb, Silva FMV. A importância do enfermeiro nas práticas integrativas e complementares no sistema Único de Saúde. Revista Saúde Coletiva (Barueri). 2021; 11 (63); 5376-5389.

35-Araújo RS, Cruz PJSC, Vasconcelos ACCP, Pereira EAAL, Nascimento BGS, Mélo CT. Educação popular na atenção primária à saúde: sistematização de experiências com grupos comunitários de promoção da saúde. Revista Conexão UEPG. 2021; 17 (1): 01-22.

36-Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. Telessaúde Brasil Redes. Como inserir ações com fitoterapia como recurso terapêutico ou educativo na atenção básica? Núcleo Telessaúde SC, 10 jun 2017.

37-Antonio GD, Tesser CD, Moretti-Pires RO. Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. Interface (Botucatu) [online]. 2013; 17 (46): 615-633.

38-Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010: Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Estratégias efetivas para a capacitação profissional na atenção primária à saúde: Revisão integrativa

Effective strategies for professional training in primary health care: Integrative review

Estrategias efectivas para la formación profesional en atención primaria de salud: Revisión integrativa

RESUMO

Objetivo: analisar as estratégias consideradas efetivas na capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Método: Revisão integrativa nas bases LILACS; PubMed; SCOPUS sem corte temporal, nos idiomas inglês, português e espanhol, desenvolvida nos meses de janeiro a março de 2022. Resultados: De 859 publicações após a aplicação dos critérios de seleção identificou-se 17 estudos primários, desses 14 foram estudos nacionais. As estratégias de capacitação foram categorizadas seguindo o referencial da Educação Permanente em Saúde em 1) Estratégias efetivas para Educação Permanente em Saúde; e 2) Estratégias menos efetivas para Educação Permanente em Saúde. Conclusão: Nas estratégias menos efetivas utilizou-se o conceito de Educação Continuada, com visão bancária e tradicionalista, e a concepção crítico-reflexiva nas capacitações efetivas e problematizadoras. Um aspecto a ser explorado na Atenção Primária a Saúde refere-se à apropriação conceitual sobre Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde e Educação Interprofissional em Saúde nas ações assistenciais e gerenciais.

DESCRITORES: Capacitação Profissional; Educação Continuada; Aprendizagem Baseada em Problemas; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the strategies considered effective in the training of professionals in Primary Health Care. Method: Integrative review in LILACS databases; PubMed; SCOPUS without time cut, in English, Portuguese and Spanish, developed from January to March 2022. Results: From 859 publications after applying the selection criteria, 17 primary studies were identified, of which 14 were national studies. The training strategies were categorized according to the Permanent Health Education framework in 1) Effective Strategies for Permanent Health Education; and 2) Less effective strategies for Permanent Health Education. Conclusion: In the less effective strategies, the concept of Continuing Education was used, with a banking and traditionalist view, and the critical-reflective conception in effective and problematizing training. One aspect to be explored in Primary Health Care refers to the conceptual appropriation of Continuing Education, Permanent Health Education and Interprofessional Health Education in care and management actions.

DESCRIPTORS: Professional Training; Education, Continuing; Problem-Based Learning; Patient Care Team; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar las estrategias consideradas efectivas en la formación de profesionales de la Atención Primaria de Salud. Método: Revisión integradora en bases de datos LILACS; PubMed; SCOPUS sin corte de tiempo, en inglés, portugués y español. Resultados: De 859 publicaciones, se seleccionaron 17 estudios primarios. Las estrategias de capacitación se categorizaron de acuerdo con el marco de Educación Permanente en Salud en 1) Estrategias Efectivas para la Educación Permanente en Salud; y 2) Estrategias menos efectivas de Educación Permanente en Salud. Conclusión: En las estrategias menos efectivas se utilizó el concepto de Educación Continua, con una visión bancaria y tradicionalista, y la concepción crítico-reflexiva en la formación efectiva y problematizadora. Un aspecto a ser explorado en la Atención Primaria de Salud se refiere a la apropiación conceptual de la Educación Continuada, la Educación Permanente en Salud y la Educación Interprofesional en Salud en las acciones asistenciales y de gestión.

DESCRIPTORES: Capacitación Profesional; Educación Continua; Aprendizaje Basado en Problemas; Grupo de Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud.

RECEBIDO EM: 05/05/2022 APROVADO EM: 24/05/2022

Camila Maria Silva Paraizo-Horvath

Enfermeira, Doutoranda em Ciências pelo programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

ORCID: 0000-0002-3574-7361

Antonio Jorge Silva Correa Júnior

Enfermeiro, Doutorando em Ciências pelo programa de Enfermagem Fundamental da EERP/USP.
ORCID: 0000-0003-1665-1521

Janderson Cleiton Aguiar

Enfermeiro, Doutorando em Ciências pelo programa de Enfermagem Fundamental da EERP/USP.
ORCID: 0000-0002-6095-8689

Tatiana Mara da Silva Russo

Enfermeira, Doutoranda em Ciências pelo programa de Enfermagem Fundamental da EERP/USP.
ORCID: 0000-0002-8077-0595

André Aparecido da Silva Teles

Enfermeiro, Doutor em Ciências pelo programa de Enfermagem Fundamental da EERP/USP.
ORCID: 0000-0002-0548-9592

Helena Megumi Sonobe

Enfermeira, Doutora pelo programa de Enfermagem Fundamental da EERP/USP.
ORCID: 0000-0003-3722-0835

INTRODUÇÃO

No cotidiano de profissionais da saúde surgem os imprevistos e/ou situações envolvendo o ser humano e seu bem-estar, com demandas de desenvolvimento de competências e habilidades específicas à realidade de trabalho de realização contínua de atualização¹. Neste processo de trabalho há focalização na atenção, gestão e educação para assegurar a ampliação da universalidade de acesso e a integralidade na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando-se a complexidade organizacional e de relações².

Destaca-se que a concepção formativa capaz de atender as necessidades de saúde da população em geral precisa integrar a tríade ensino, pesquisa e serviço de maneira estratégica, com estímulo a continuidade da formação profissional¹.

Nesta perspectiva, foi proposta pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma estratégia para valorização do trabalho, dos trabalhadores e a qualidade das ações de saúde prestadas à população, para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)³. Parte do pressuposto que a educação e em especial, a Educação Permanente em Saúde (EPS), quando inserida no processo de

trabalho favorece o desenvolvimento dos profissionais fortalecendo as ações de saúde e das políticas de qualificação da gestão².

A EPS focaliza a relação aprendizagem-trabalho, cuja construção ocorre no cotidiano dos serviços de saúde, incorporando o aprender e o ensinar aos processos de trabalho. Um dos conceitos adotados, a Aprendizagem Significativa, propõe transformar as práticas profissionais, por meio de metodologia problematizadora, considerando-se os conhecimentos e as experiências dos profissionais neste processo³.

A inserção da EPS no processo de trabalho tem revelado resultados promissores na reconfiguração e reestruturação dos serviços, por constituir estratégias mais profícuas para o aperfeiçoamento da atenção e da gestão e a consolidação do SUS². Alguns entraves identificados têm sido a dificuldade no monitoramento e na avaliação das estratégias, que dão concretude à PNEPS, com clarificação conceitual estruturante⁴.

A EPS contribui para o aperfeiçoamento da formação acadêmica, por proporcionar o desenvolvimento dos trabalhadores de forma contínua, fortalecendo as ações de saúde e as políticas públicas de saúde contribuindo assim para o fortalecimento do nosso sistema

de saúde².

Dessa forma, a implementação da EPS a todos os profissionais da saúde, trata-se de uma forte estratégia de gestão do trabalho, pois contribui para a valorização e satisfação do profissional de saúde, além da melhor qualificação do processo de trabalho e conseqüentemente maior satisfação da população atendida³.

Frente ao exposto, faz-se necessário analisar a efetividade das ações educativas, desenvolvidas no SUS, que favorecem a recomposição dos processos de trabalho³. Neste sentido, esta revisão busca contribuir na elaboração de propostas educativas e, por seguinte no fortalecimento do SUS. Desta forma, objetivou-se analisar as estratégias consideradas efetivas na capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

MÉTODO

Realizou-se uma Revisão Integrativa (RI) em seis etapas: seleção da hipótese ou questão da revisão; seleção da amostra a ser estudada; definição das características do estudo; análise dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; apresentação da revisão com a síntese do conhecimento⁵. Foram seguidas ainda as recomendações proposta do Preferred Reporting Items for Systematic

Reviews and Meta-Analyses PRISMA6.

A questão norteadora, foi elaborada por meio da estratégia PICO, na qual tem-se P de população - (Profissionais da saúde), I de intervenção - (estratégias de capacitação) e para o elemento Co de contexto - (Atenção Primária à Saúde), que resultou em: “Quais as estratégias de capacitação de profissionais da saúde utilizadas na Atenção Primária à Saúde?”

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, sem corte temporal; e estudos primários. Os critérios de exclusão foram: estudos secundários e produções em formato de cartas, editoriais, relatos de experiência, estudos de caso, anais de eventos, dissertações e teses.

Realizou-se a busca dos estudos primários nas bases online consideradas importantes no contexto da saúde: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Elsevier’s Scopus (SCOPUS), nos meses de janeiro a março de 2022, simultaneamente, com utilização de descritores controlados em inglês, português e espanhol: “Educação Continuada”, “Neoplasia”, “Atenção Primária à Saúde” e descritores não controlados “Câncer” e “Educação permanente”. Estes descritores foram utilizados na totalidade de bases e foram combinados com o operador booleano “and”. Todo o processo de seleção foi realizado por dois revisores de forma cegada, contando com o apoio de um terceiro revisor para a resolução dos conflitos que aconteceram ao longo de todo o levantamento dos estudos.

Para a avaliação crítica da seleção da amostra, utilizou-se a classificação hierárquica: Nível I: evidências de revisão sistemática ou uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes; Nível II: evidências de ensaio clínico randomizado controlado, bem delineado; Nível III: evidências de ensaio clínico sem randomização, bem delineado; Nível IV: evidências de estudo caso-controle ou coorte, bem delineado;

Nível V: evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI: evidências de estudos somente descritivos ou qualitativos; e Nível VII: evidências de opiniões de autores e/ou relatórios de comissões de especialistas⁷. Para a interpretação descritiva dos dados, priorizou-se os temas recorrentes nos estudos primários captados.

RESULTADOS

A seguir, o fluxograma adaptado⁶ desta RI (Figura 1).

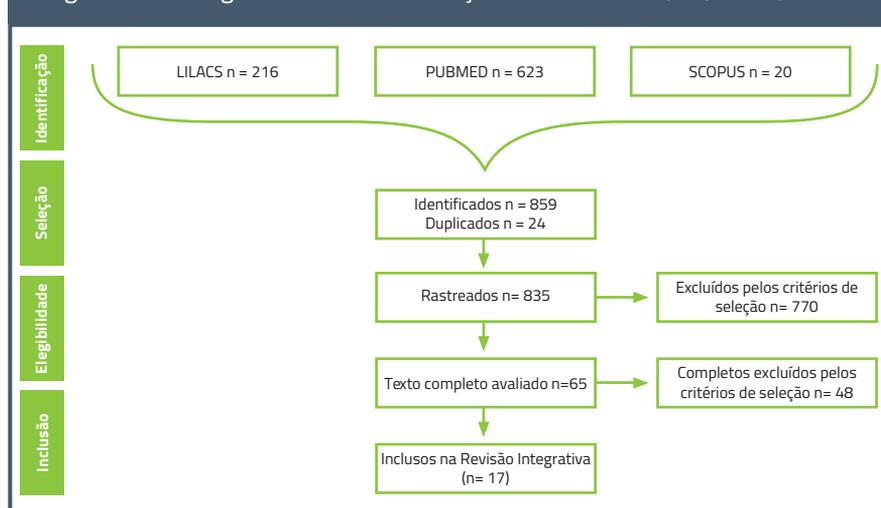
Dos 17 artigos da amostra, 14 foram publicados em português e 3 em inglês.

Em relação ao ano de publicação três artigos em 2014 e em 2012, respectivamente; dois artigos em 2021, 2018 e em 2009; e um artigo científico cada um dos anos de 2020, 2017, 2016, 2015 e 2011. Em relação aos níveis de evidência: 14 apresentaram nível VI; dois artigos, o nível III e um artigo, o nível II. A interpretação subsidiando categorias consta no Quadro 1.

DISCUSSÃO

Nas “Estratégias efetivas para EPS” incluiu-se a utilização da metodologia problematizadora, mesmo que não houvesse

Figura 1 – Fluxograma da busca e seleção. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.



Fonte: Adaptado de Moher et al.6

Quadro 1 – Artigos da amostra da RI. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2022.

Autores e ordem de citação no texto	Categorias
Bones, Costa, Cazella8/ Figueiras, Puccini, Silva9/ Cardoso10/ Silva et al.11/ Bernardes, Coimbra, Serra12/ Novaes et al.13/ Burgon et al.14/ Harvey et. al.15/ Silva, Peduzzi16/ Peduzzi et al.17/ Schneider, Tesser18	Estratégias efetivas para EPS
Silva et al.19/ Carvalho, Almeida, Bezerra20/ Mishima et al.21/ Barth et al.22/ Pinto et al.23/ Martins, Montrone24	Estratégias menos efetivas para EPS

FONTE: Autores, 2022

a identificação de demandas de aprendizagem dos profissionais da saúde⁸, assim como a estratégia de associação de aulas teóricas às atividades da prática assistencial e discussão de casos, constatando-se o aumento do conhecimento dos profissionais na avaliação pré e pós-intervenção educativa⁹.

Ademais, as Rodas de Educação Permanente¹⁰ foram espaços importantes de discussão coletiva, potencializadora da promoção de gestão participativa, na apropriação das políticas de saúde pública e na humanização do trabalho. A participação de enfermeiros como facilitadores do Plano Diretor de um município, constituiu uma importante estratégia de EPS, que permitiu a incorporação de novas ferramentas no trabalho para a transformação dos processos e práticas¹¹.

Os treinamentos sistematizados periodicamente, por meio da teleeducação para realização de teleconsultorias para realidades menos favorecidas mostraram-se efetivos, mesmo que os participantes, não tivessem estabelecido como tema de aprendizagem¹². O programa de seminários multiprofissionais, por web conferência em Ambiente Virtual de Aprendizagem da Rede Nutes (AVA Rede NUTES), tem oferecido seminários com apresentações eletrônicas ou rodas de conversas para discussão síncrona, com diferentes palestrantes com expertise, integrando várias instituições de ensino e desta rede.

Os critérios para o estabelecimento dos temas tem sido a prioridade epidemiológica do Ministério da Saúde e as demandas das equipes, gestores e parceiros da Rede Nutes, o que tem favorecido a capacitação profissional, cujas avaliações da maioria dos participantes tem indicado a sua aprovação¹³. Simultaneamente, recursos tecnológicos exitosos como a gamificação com simulações baseadas na prática profissional¹⁴ e a aplicação de uma série E-Learning¹⁵ foram verificadas, no desenvolvimento de capacitações.

Por outro lado, um estudo qualitativo compreensivo¹⁶ sobre a construção coletiva do saber na realidade de trabalho para a mudança das práticas e do modelo assistencial biomédico, fundamentado no proces-

so de trabalho em saúde, na teoria do agir comunicativo, na Educação Continuada (EC), na EPS e na Integralidade, identificou o predomínio da educação no trabalho.

Acresce-se que a análise das atividades educativas na APS, apesar da utilização da

de ações terapêuticas transformadoras e resolutivas do saber multiprofissional sobre osteopatia, no âmbito da EPS, indicou que a capacitação no processo de trabalho precisa confrontar dilemas biomédicos e atos de cuidado vistos, até então, como “meramente teóricos”, conclamando para a tríade experimentação/reflexão/ação¹⁸.

Neste estudo, “As estratégias menos efetivas para EPS” foram contextualizadas nas experiências de enfermeiros com a EC, com ênfase nas atualizações técnicas procedimentais tradicionalistas¹⁹, assim como pela falta de clareza sobre EPS e de conhecimento sobre os princípios e diretrizes da PNEPS pela equipe²⁰.

Resultados semelhantes indicaram as dificuldades de compreensão de EPS pelos gestores como um instrumento de tradução do trabalho técnico em ações, metas ou objetivos implementados, de uma proposta emancipatória²¹. Em investigação qualitativa²² verificou-se a necessidade de clareza dos enfermeiros sobre a direcionalidade da política de EPS para a transformação da APS, na região sul do Brasil.

Como contraponto, em uma investigação quantitativa, a participação das equipes de saúde da família nas capacitações foi de 81%, sendo que 76% consideraram que contemplavam as suas necessidades e demandas, indicando a expansão e abrangência da EPS, contudo, persistiram as ações pontuais e de natureza informacional²³.

Um curso em CDROM, com 29 sessões em seis módulos, associou um manual de treinamento para os instrutores, cuja carga horária de 24 horas (h) foi dividida em 20 horas teóricas e 4 horas de práticas. Para tanto, utilizou-se a problematização, a partir dos anseios dos profissionais, com avaliação pré e pós-intervenção. Apesar da aprendizagem e do compartilhamento terem sido avaliados como importantes, não foram observadas mudanças atitudinais e na rotina da unidade²⁴.

Diante da análise dos estudos desta RI, enfatiza-se que o SUS é implementado por meio de políticas e programas, gradativamente, sobrelevando-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), responsável pelas Unidades Básicas de Saúde, que cons-

A inserção da EPS no processo de trabalho tem revelado resultados promissores na reconfiguração e reestruturação dos serviços, por constituir estratégias mais profícuas para o aperfeiçoamento da atenção e da gestão e a consolidação do SUS.

estratégia de ensino participativa adscrita a concepção de EPS, persistiu a concepção de EC. Contudo, a coexistência destas concepções mostrou os avanços da construção processual¹⁷.

Outra pesquisa-intervenção, em busca

tituem as portas de entrada.

Este atendimento objetiva a resolutividade da maioria das necessidades de assistência à saúde e a implementação da PNEPS constitui uma das estratégias de mudanças, para adequação à realidade local, com capacitação crítico reflexiva em serviço. Para tanto, será premente o comprometimento de todos os atores, no contexto de trabalho em saúde, pensando-se na longitudinalidade do cuidado, o que implica na perspectiva da “EPS em movimento”²⁵⁻²⁷. A educação permanente em movimento problematiza o cotidiano do trabalho, resultando em um novo modo de agir e fazer^{19,25-28}.

As intervenções de capacitação profissional foram consideradas importantes para a aprendizagem e uma ótima oportunidade para compartilhamento de conhecimentos. No entanto, nem sempre a ação educativa contribuiu significativamente para as mudanças efetivas. As ações assentadas na experiência, conforme recomendação da PNEPS, favoreceram às reflexões sobre o trabalho e a implementação de novas ferramentas na APS^{8-13,16-17}.

Ainda, a utilização dos conceitos da EPS tem sido insatisfatória, constituindo um desafio, pois verificou-se o predomínio

do método de Educação Instrumental, com transmissão de conteúdo, com ênfase na atualização de ações técnicas procedimentais, assemelhando-se ao conceito da Educação Continuada tradicional. Persiste a dificuldade na distinção entre as concepções de EPS e EC, cuja compreensão adequada assegurará a integralidade, universalidade e a equidade na APS¹⁹⁻²⁴.

Ao longo do tempo houve expansão das ações educativas na APS, porém há necessidade de clareza sobre as diferentes concepções de EPS e de EC para a utilização e implementação na prática assistencial. A PNEPS ampliou as ações pontuais, fragmentadas e pouco flexíveis, o que possibilita assegurar a participação de todos os atores, inclusive da população atendida, com incorporação de novas ferramentas e estratégias para o atendimento das demandas, com planejamento estratégico e não unicamente, de forma oportunística^{19,25-28}.

Outrossim, há que se avançar em relação à Educação Interprofissional em Saúde (EIP) e sua implementação na APS, por agregar esforço de diferentes profissionais, que além de assegurar o protagonismo individual de cada profissão, favorece uma nova prática profissional com a concomitância

de ações colaborativas de outras áreas profissionais, para potencializar o atendimento da real demanda de necessidades de assistência à saúde da população¹⁹.

CONCLUSÃO

As estratégias menos efetivas na capacitação de profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde estavam relacionadas com a Educação Continuada, com ensino tradicionalista, priorizando a transmissão de conhecimento vertical, do trabalho técnico procedimental. Já as estratégias, consideradas efetivas, estavam relacionadas à concepção de Educação Permanente em Saúde, para fortalecimento das ações críticas e reflexivas dos profissionais principalmente com o uso do método da problematização.

A apropriação conceitual sobre as diferenças entre Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e Educação Interprofissional possibilitarão o trabalho de gerenciamento de unidades na Atenção Primária à Saúde, agregando a capacitação no processo de cuidar, ampliando-se as demandas de atendimento à saúde da população, para a promoção e prevenção e, não somente o cuidado curativo.

REFERÊNCIAS

1. Weykamp JM, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev. enferm. UFSM*. 2016;6(2):281-289. DOI: 10.5902/2179769216754
2. Silva LAA, Pinno C, Schmidt SMS, Noal HC, Gomes IEM, Signor E. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min*. 2016; 6(3):2349-2361. DOI: 10.19175/recom.v6i3.1027
3. Moreira KS, Almeida Lima C, Vieira MA, Melo Costa S. Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. *Saúde e Pesquisa*. 2017;10(1): 101-109. DOI: 10.17765/1983-1870.2017v10n1p101-109
4. Sousa Vieira F, Santos Muniz R, Sousa GC, Pereira DLM, Silva Matos MLS, Souza BO. Educação permanente: instrumento para gestão em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Coletiva*. 2021;11(68):7739-7748. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7739-7748
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008;17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G et al. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006-1012. DOI: 10.1136/bmj.b2700
7. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2011.
8. Bones AANS, Costa MR, Cazella SC. A educação para o enfrentamento da epidemia do HIV. *Interface comun. saúde educ*. 2018;22(1):1457-1469. DOI: 10.1590/1807-57622017.0066
9. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Educação continuada em desenvolvimento infantil para profissionais da atenção primária em saúde: estudo prospectivo do tipo antes-e-depois. *São Paulo Med J*. 2014;132(4):211-218. DOI: 10.1590/1516-3180.2014.1324665

10. Cardoso IM. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saude soc.* 2012; 21(1):18-28. DOI: 10.1590/S0104-12902012000500002
11. Silva KL, Ribeiro HCTC, Pereira LDÁ, Martins BR, Viana JA, Belga SMMF. Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. *Rev. Rene.* 2012;13(3): 552-61.
12. Bernardes ACF, Coimbra LC, Serra HO. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação Permanente em Saúde. *Rev. Panam. Salud. Publica.* 2018;42:e134. DOI: 10.26633/RPSP.2018.134
13. Novaes MA, Machiavelli JL, Verde FCV, Campos Filho AS, Rodrigues TRC. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. *Interface comun. saúde educ.* 2012;16(43):1095-1106. DOI: 10.1590/S1414-32832012005000043
14. Burgon T, Casebeer L, Aasen H, Valdenor C, Tamondong-Lachica D, de Belen E et al. Measuring and Improving Evidence-Based Patient Care Using a Web-Based Gamified Approach in Primary Care (QualityIQ): Randomized Controlled Trial. *J. Med. Internet Res.* 2021;23(12): e31042. DOI: 10.2196/31042
15. Harvey A, Zhang Y, Phillips S, Suarez R, Dekle L, Villalobos A, Pratt-Chapman ML. Initial outcomes of an online continuing education series focused on post-treatment cancer survivorship care. *J Cancer Educ.* 2020; 35(1):144-150. DOI: 10.1007/s13187-018-1453-2
16. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na Atenção Primária à Saúde: interface entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde soc.* 2011;20(4): 1018-1032. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400018
17. Peduzzi M, Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface comun. saúde educ.* 2009;13 (30):121-134. DOI: 10.1590/S1414-32832009000300011
18. Schneider LM, Tesser CD. Osteopathy in primary health care: partial results of continuing education experience and some initial outcomes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(2): 3743-3752. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.04452020
19. Silva CEM, Castro Friedrich DB, Farah BF, Silva KL. Educação permanente e suas interfaces com as condições sensíveis à atenção primária. *Rev. Rene.* 2017;18(6): 794-802.
20. Carvalho TG, Almeida AMB, Bezerra MIC. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. *Sanare (Sobral, Online).* 2016;15(2):94-103.
21. Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 499(4):665-673. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400018
22. Barth PO, Aires M, Santos JLG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidade básicas de saúde. *Rev. eletrônica enferm.* 2014;16(3): 604-11. DOI: 10.5216/ree.v16i3.22020
23. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, Florêncio AR, Barbosa MG, Stêdile NLR. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg. Saúde debate.* 2014;1(51):145-160.
24. Martins RMC, Montrone AVG. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. *Rev. eletrônica enferm.* 2009;11(3): 545-553. DOI: 10.5216/ree.v11.47099
25. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde: no Brasil Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface comun. saúde educ.* 2019;23: e190211. DOI: 10.1590/Interface.190211.
26. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KTD, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface comun. saúde educ.* 2019; 23:e170627. DOI: 10.1590/Interface.170627.
27. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface comun. saúde educ.* 2005; 9(16):172-74. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100015.
28. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005; 10(4):975-86. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000400020.

Effective strategies for professional training in primary health care: Integrative review

Estratégias efetivas para a capacitação profissional na atenção primária à saúde: Revisão integrativa

Estrategias efectivas para la formación profesional en atención primaria de salud: Revisión integrativa

RESUMO

Objetivo: analisar as estratégias consideradas efetivas na capacitação de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Método: Revisão integrativa nas bases LILACS; PubMed; SCOPUS sem corte temporal, nos idiomas inglês, português e espanhol, desenvolvida nos meses de janeiro a março de 2022. Resultados: De 859 publicações após a aplicação dos critérios de seleção identificou-se 17 estudos primários, desses 14 foram estudos nacionais. As estratégias de capacitação foram categorizadas seguindo o referencial da Educação Permanente em Saúde em 1) Estratégias efetivas para Educação Permanente em Saúde; e 2) Estratégias menos efetivas para Educação Permanente em Saúde. Conclusão: Nas estratégias menos efetivas utilizou-se o conceito de Educação Continuada, com visão bancária e tradicionalista, e a concepção crítico-reflexiva nas capacitações efetivas e problematizadoras. Um aspecto a ser explorado na Atenção Primária a Saúde refere-se à apropriação conceitual sobre Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde e Educação Interprofissional em Saúde nas ações assistenciais e gerenciais.

DESCRITORES: Capacitação Profissional; Educação Continuada; Aprendizagem Baseada em Problemas; Equipe de Assistência ao Paciente; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the strategies considered effective in the training of professionals in Primary Health Care. Method: Integrative review in LILACS databases; PubMed; SCOPUS without time cut, in English, Portuguese and Spanish, developed from January to March 2022. Results: From 859 publications after applying the selection criteria, 17 primary studies were identified, of which 14 were national studies. The training strategies were categorized according to the Permanent Health Education framework in 1) Effective Strategies for Permanent Health Education; and 2) Less effective strategies for Permanent Health Education. Conclusion: In the less effective strategies, the concept of Continuing Education was used, with a banking and traditionalist view, and the critical-reflective conception in effective and problematizing training. One aspect to be explored in Primary Health Care refers to the conceptual appropriation of Continuing Education, Permanent Health Education and Interprofessional Health Education in care and management actions.

DESCRIPTORS: Professional Training; Education, Continuing; Problem-Based Learning; Patient Care Team; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar las estrategias consideradas efectivas en la formación de profesionales de la Atención Primaria de Salud. Método: Revisión integradora en bases de datos LILACS; PubMed; SCOPUS sin corte de tiempo, en inglés, portugués y español. Resultados: De 859 publicaciones, se seleccionaron 17 estudios primarios. Las estrategias de capacitación se categorizaron de acuerdo con el marco de Educación Permanente en Salud en 1) Estrategias Efectivas para la Educación Permanente en Salud; y 2) Estrategias menos efectivas de Educación Permanente en Salud. Conclusión: En las estrategias menos efectivas se utilizó el concepto de Educación Continua, con una visión bancaria y tradicionalista, y la concepción crítico-reflexiva en la formación efectiva y problematizadora. Un aspecto a ser explorado en la Atención Primaria de Salud se refiere a la apropiación conceptual de la Educación Continuada, la Educación Permanente en Salud y la Educación Interprofesional en Salud en las acciones asistenciales y de gestión.

DESCRIPTORES: Capacitación Profesional; Educación Continua; Aprendizaje Basado en Problemas; Grupo de Atención al Paciente; Atención Primaria de Salud.

RECEBIDO EM: 05/05/2022 APROVADO EM: 24/05/2022

Camila Maria Silva Paraizo-Horvath

Nurse, Doctoral Student in Science at the Fundamental Nursing Program at the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing (EERP/USP).
ORCID: 0000-0002-3574-7361

Antonio Jorge Silva Correa Júnior

Nurse, PhD Student in Science at the Fundamental Nursing Program at EERP/USP.
ORCID: 0000-0003-1665-1521

Janderson Cleiton Aguiar

Nurse, Doctoral Student in Science at the Fundamental Nursing Program at EERP/USP.
ORCID: 0000-0002-6095-8689

Tatiana Mara da Silva Russo

Nurse, Doctoral Student in Science at the Fundamental Nursing Program at EERP/USP.
ORCID: 0000-0002-8077-0595

André Aparecido da Silva Teles

Nurse, PhD in Sciences by the Fundamental Nursing Program of EERP/USP.
ORCID: 0000-0002-0548-9592

Helena Megumi Sonobe

Nurse, PhD in Sciences by the Fundamental Nursing Program of EERP/USP.
ORCID: 0000-0003-3722-0835

INTRODUCTION

The daily life of health professionals, unforeseen events and/or situations involving human beings and their well-being arise, with demands for the development of skills and abilities specific to the work reality of continuous updating.¹ In this work process, there is a focus on care, management and education to ensure the expansion of universal access and comprehensiveness in Primary Health Care (PHC), considering the organizational and relationship complexity.²

It is noteworthy that the training concept capable of meeting the health needs of the population in general needs to integrate the teaching, research and service triad in a strategic way, encouraging the continuity of professional training.¹

In this perspective, the National Policy for Permanent Education in Health (PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde) was proposed by the Ministry of Health. A strategy for valuing work, workers and the quality of health actions provided to the population, for the consolidation of the Unified Health System (SUS).³ Part of what was defined as education and in particular Permanent Education in Health (PEH), when it was not included in the work process for the development of profes-

sionals strengthened as health actions and management qualifications.²

PEH focuses on the learning-work relationship, whose construction occurs in the daily life of health services, incorporating learning and teaching into work processes. One of the concepts adopted, Meaningful Learning, proposes to transform professional practices, through a problematizing methodology, considering the knowledge and experiences of professionals in this process.³

The inclusion of PEH in the work process has revealed promising results in the reconfiguration and restructuring of services, as they constitute more fruitful strategies for improving care and management and consolidating the SUS.² Some obstacles identified have been the difficulty in monitoring and evaluating strategies, which give concreteness to the PNEPS, with structuring conceptual clarification.⁴

The PEH contributes to the improvement of academic training, by providing the development of workers on a continuous basis, strengthening health actions and public health policies, thus contributing to the strengthening of our health system.²

In this way, the implementation of PEH to all health professionals is a strong work management strategy, as it contri-

butes to the appreciation and satisfaction of the health professional, in addition to better qualification of the work process and consequently greater satisfaction of the population served.³

In view of the above, it is necessary to analyze the effectiveness of educational actions, developed in the SUS, which favor the recomposition of work processes.³ In this sense, this review seeks to contribute to the development of educational proposals and, subsequently, to the strengthening of the SUS. Thus, the objective was to analyze the strategies considered effective in the training of professionals in Primary Health Care (PHC).

METHOD

An Integrative Review (IR) was carried out in six stages: selection of the review hypothesis or question; selection of the sample to be studied; definition of study characteristics; analysis of studies included in the review; interpretation of results; presentation of the review with the synthesis of knowledge.⁵ The recommendations proposed by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses PRISMA were also followed.⁶

The guiding question was elaborated through the PICo strategy, in which the-

re is P for population - (Health professionals), I for intervention - (training strategies) and for the element Co of context - (Primary Health Care) , which resulted in: "What are the training strategies for health professionals used in Primary Health Care?"

Inclusion criteria were: articles published in Portuguese, English and Spanish, without time cut-off; and primary studies. The exclusion criteria were: secondary studies and productions in the form of letters, editorials, experience reports, case studies, annals of events, dissertations and theses.

The search for primary studies was carried out in the online databases considered important in the context of health: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS),

National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Elsevier’s Scopus (SCOPUS), from January to March 2022, simultaneously, using controlled descriptors in English, Portuguese and Spanish: “Continuing Education”, “Neoplasm”, “Primary Health Care” and uncontrolled descriptors “Cancer” and “Permanent education”. These descriptors were used in all bases and were combined with the Boolean operator “and”. The entire selection process was carried out by two reviewers in a blinded manner, with the support of a third reviewer for the resolution of conflicts that occurred throughout the survey of the studies.

For the critical assessment of the sample selection, the hierarchical classification was used: Level I: evidence from a systematic review or a meta-analysis of relevant randomized controlled clinical trials; Level II: evidence from a well-designed, randomized controlled trial; Level III: evidence from a well-designed, non-randomized clinical trial; Level IV: evidence from a well-designed case-control or cohort study; Level V: evidence of systematic review of descriptive and qualitative studies; Level VI: evidence from only descriptive or qualitative studies; and Level VII: evidence of authors' opi-

nions and/or expert committee reports. 7 For the descriptive interpretation of the data, the recurring themes in the primary studies collected were prioritized.

RESULTS

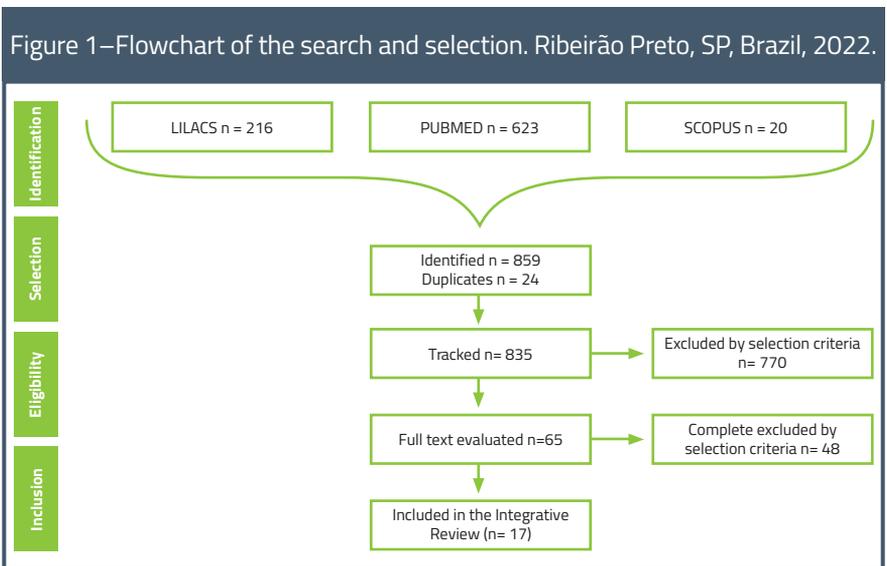
Below, the adapted flowchart 6 of this IR (Figure 1).

Of the 17 articles in the sample, 14 were published in Portuguese and 3 in English. Regarding the year of publication, three articles in 2014 and 2012, respectively; two articles in 2021, 2018 and 2009; and one scientific article each from 2020, 2017, 2016, 2015 and 2011.

Regarding the levels of evidence: 14 presented level VI; two articles, level III and one article, level II. The interpretation supporting categories is shown in Table 1.

DISCUSSION

In the “Effective strategies for PEH” the use of the problem-solving methodology was included, even if there was no identification of learning demands of health professionals ⁸, as well as the strategy of associating theoretical classes with care practice activities and case discussion, noting the increase in professionals' knowledge in the pre- and post-educational inter-



Source: Adapted from Moher et al⁶

Table 1 – Articles from the IR sample. Ribeirão Preto, SP, Brazil, 2022.

Authors and order of citation in the text	Categories
Bones, Costa, Cazella ⁸ / Figueiras, Puccini, Silva ⁹ / Cardoso ¹⁰ / Silva et al. ¹¹ / Bernardes, Coimbra, Serra ¹² / Novaes et al. ¹³ / Burgon et al. ¹⁴ / Harvey et. al. ¹⁵ / Silva, Peduzzi ¹⁶ / Peduzzi et al. ¹⁷ / Schneider, Tesser ¹⁸	Effective strategies for PEH
Silva et al. ¹⁹ / Carvalho, Almeida, Bezerra ²⁰ / Mishima et al. ²¹ / Barth et al. ²² / Pinto et al. ²³ / Martins, Montrone ²⁴	Less effective strategies for PEH

SOURCE: Authors, 2022

vention assessment.⁹

In addition, the Permanent Education Rounds¹⁰ were important spaces for collective discussion, potentiating the promotion of participatory management, in the appropriation of public health policies and in the humanization of work. The participation of nurses as facilitators of the Master Plan of a municipality constituted an important PEH strategy, which allowed the incorporation of new tools at work for the transformation of processes and practices.¹¹

Periodically systematized training, through tele-education to carry out teleconsultations for less favored realities, proved to be effective, even if the participants had not established it as a learning topic.¹² The program of multi-professional seminars, by web conference in Virtual Learning Environment of the Nutes Network (AVA Rede NUTES), has offered seminars with electronic presentations or conversation circles for synchronous discussion, with different speakers with expertise, integrating various educational institutions and this network.

The criteria for establishing the themes have been the epidemiological priority of the Ministry of Health and the demands of the teams, managers and partners of the Nutes Network, which has favored professional training, whose evaluations of the majority of the participants have indicated their approval.¹³ At the same time, successful technological resources such as gamification with simulations based on professional practice¹⁴ and the application of an E-Learning series¹⁵ were verified, in the development of capacities.

On the other hand, a comprehensive qualitative study¹⁶ on the collective construction of knowledge in the reality of work for the change of practices and the biomedical care model, based on the health work process, on the theory of communicative action, in Continuing Education (CE), PEH and Integrality, he identified the predominance of education at work.

In addition, the analysis of educational activities in PHC, despite the use of the participatory teaching strategy ascribed

to the PEH concept, the CE concept persisted. However, the coexistence of these conceptions showed the advances of procedural construction.¹⁷

Another intervention-research, in search of therapeutic actions that transform

experimentation/reflection/action.¹⁸

In this study, “Less effective strategies for PEH” were contextualized in nurses’ experiences with CE, with emphasis on traditionalist procedural technical updates¹⁹, as well as the team’s lack of clarity about PEH and knowledge about the principles and guidelines of PNEPS.²⁰

Similar results indicated difficulties in understanding PEH by managers as an instrument for translating technical work into implemented actions, goals or objectives, of an emancipatory proposal.²¹ In qualitative research²² there was a need for nurses to clarify the directionality of the PEH policy for the transformation of PHC in the southern region of Brazil.

As a counterpoint, in a quantitative investigation, the participation of family health teams in training was 81%, with 76% considering that they addressed their needs and demands, indicating the expansion and scope of the PEH, however, punctual and informational actions persisted.²³

A CDROM course, with 29 sessions in six modules, associated a training manual for the instructors, whose workload of 24 hours (h) was divided into 20 theoretical hours and 4 practical hours. To this end, problematization was used, based on the concerns of professionals, with pre- and post-intervention assessment. Although learning and sharing were evaluated as important, no changes were observed in the unit’s attitudinal and routine.²⁴

In view of the analysis of the studies in this IR, it is emphasized that the SUS is implemented through policies and programs gradually, the National Primary Care Policy (PNAB) stands out, responsible for the Basic Health Units, which constitute the gateways.

This service aims to solve most of the health care needs and the implementation of the PNEPS is one of the strategies for change, to adapt to the local reality, with critical reflective training in service. To this end, the commitment of all actors will be urgent, in the context of health work, thinking about the longitudinality of care, which implies the perspective of “PEH in

The inclusion of PEH in the work process has revealed promising results in the reconfiguration and restructuring of services, as they constitute more fruitful strategies for improving care and management and consolidating the SUS.

and resolve multidisciplinary knowledge about osteopathy, within the scope of PEH, indicated that training in the work process needs to confront biomedical dilemmas and acts of care seen, until then, as “merely theoretical”, calling for the triad of

motion²⁵⁻²⁷. Permanent education in movement problematizes daily work, resulting in a new way of acting.^{19,25-28}

Professional training interventions were considered important for learning and a great opportunity for knowledge sharing. However, educational action has not always contributed significantly to effective changes. Actions based on experience, as recommended by PNEPS, favored reflections on the work and implementation of new tools in PHC.^{8-13,16-17}

Still, the use of PEH concepts has been unsatisfactory, constituting a challenge, as there was a predominance of the Instrumental Education method, with content transmission, with emphasis on updating procedural technical actions, similar to the concept of traditional Continuing Education. The difficulty persists in distinguishing between the concepts of PEH and CE, whose adequate understanding will ensure integrality, universality and equity in PHC.¹⁹⁻²⁴

Over time, there has been an expansion of educational actions in PHC, but there is a need for clarity about the different conceptions of PEH and CE for use and implementation in care practice. PNEPS expanded specific, fragmented and inflexible actions, which makes it possible to ensure the participation of all actors, including the population served, with the incorporation of new tools and strategies to meet the demands, with strategic planning and not only, in an opportunistic way.^{19,25-28}

Furthermore, there is a need to advance in relation to Interprofessional Health Education (IPE) and its implementation in PHC, as it aggregates the efforts of different professionals, who, in addition to ensuring the individual protagonism of each profession, favors a new professional practice with the concomitance of collaborative actions from other professional areas, to enhance the fulfillment of the real demand of health care needs of the population.¹⁹

CONCLUSION

The least effective strategies in the training of health professionals in Primary Health Care were related to Continuing Education, with traditionalist teaching, prioritizing the transmission of vertical knowledge, of procedural technical work. The strategies, considered effective, were related to the concept of Permanent Education in Health, to strengthen the critical and reflexive actions of professionals, mainly with the use of the problematization method.

The conceptual appropriation of the differences between Continuing Education in Health, Continuing Education and Interprofessional Education will enable the work of managing units in Primary Health Care, adding training in the care process, expanding the health care demands of the population, for promotion and prevention and not just curative care.

REFERENCES

1. Weykamp JM, Cecagno D, Vieira FP, Siqueira HCH. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. *Rev. enferm. UFSM*. 2016;6(2):281-289. DOI: 10.5902/2179769216754
2. Silva LAA, Pinno C, Schmidt SMS, Noal HC, Gomes IEM, Signor E. A educação permanente no processo de trabalho de enfermagem. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2016; 6(3):2349-2361. DOI: 10.19175/recom.v6i3.1027
3. Moreira KS, Almeida Lima C, Vieira MA, Melo Costa S. Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. *Saúde e Pesquisa*. 2017;10(1): 101-109. DOI: 10.17765/1983-1870.2017v10n1p101-109
4. Sousa Vieira F, Santos Muniz R, Sousa GC, Pereira DLM, Silva Matos MLS, Souza BO. Educação permanente: instrumento para gestão em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Coletiva*. 2021;11(68):7739-7748. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7739-7748
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2008;17(4):758-64. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Altman D, Antes G et al. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006-1012. DOI: 10.1136/bmj.b2700
7. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
8. Bones AANS, Costa MR, Cazella SC. A educação para o enfrentamento da epidemia do HIV. *Interface comun. saúde educ.* 2018;22(1):1457-1469. DOI: 10.1590/1807-57622017.0066
9. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Educação continuada em desenvolvimento infantil para profissionais da atenção primária em saúde: estudo prospectivo do tipo antes-e-depois. *São Paulo Med J*. 2014;132(4):211-218. DOI: 10.1590/1516-3180.2014.1324665
10. Cardoso IM. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saude soc.* 2012; 21(1):18-28. DOI: 10.1590/S0104-12902012000500002
11. Silva KL, Ribeiro HCTC, Pereira LDÁ, Martins BR, Viana JA, Belga SMMF. Plano diretor de atenção primária como estratégia de educação permanente: perspectiva dos facilitadores. *Rev. Rene*. 2012;13(3): 552-61.
12. Bernardes ACF, Coimbra LC, Serra HO. Utilização do Programa Telessaúde no Maranhão como ferramenta para apoiar a Educação

- Permanente em Saúde. *Rev. Panam. Salud. Publica.* 2018;42:e134. DOI: 10.26633/RPSP.2018.134
13. Novaes MA, Machiavelli JL, Verde FCV, Campos Filho AS, Rodrigues TRC. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. *Interface comun. saúde educ.* 2012;16(43):1095-1106. DOI: 10.1590/S1414-32832012005000043
14. Burgon T, Casebeer L, Aasen H, Valdenor C, Tamondong-Lachica D, de Belen E et al. Measuring and Improving Evidence-Based Patient Care Using a Web-Based Gamified Approach in Primary Care (QualityIQ): Randomized Controlled Trial. *J. Med. Internet Res.* 2021;23(12): e31042. DOI: 10.2196/31042
15. Harvey A, Zhang Y, Phillips S, Suarez R, Dekle L, Villalobos A, Pratt-Chapman ML. Initial outcomes of an online continuing education series focused on post-treatment cancer survivorship care. *J Cancer Educ.* 2020; 35(1):144-150. DOI: 10.1007/s13187-018-1453-2
16. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na Atenção Primária à Saúde: interface entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde soc.* 2011;20(4): 1018-1032. DOI: 10.1590/S0104-12902011000400018
17. Peduzzi M, Guerra DA, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface comun. saúde educ.* 2009;13 (30):121-134. DOI: 10.1590/S1414-32832009000300011
18. Schneider LM, Tesser CD. Osteopathy in primary health care: partial results of continuing education experience and some initial outcomes. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021;26(2): 3743-3752. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.04452020
19. Silva CEM, Castro Friedrich DB, Farah BF, Silva KL. Educação permanente e suas interfaces com as condições sensíveis à atenção primária. *Rev. Rene.* 2017;18(6): 794-802.
20. Carvalho TG, Almeida AMB, Bezerra MIC. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. *Sanare (Sobral, Online).* 2016;15(2):94-103.
21. Mishima SM, Aiub AC, Rigato AFG, Fortuna CM, Matumoto S, Ogata MN et al. Perspectiva dos gestores de uma região do estado de São Paulo sobre educação permanente em saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49(4):665-673. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400018
22. Barth PO, Aires M, Santos JLG, Ramos FRS. Educação permanente em saúde: concepções e práticas de enfermeiros de unidade básicas de saúde. *Rev. eletrônica enferm.* 2014;16(3): 604-11. DOI: 10.5216/ree.v16i3.22020
23. Pinto HA, Ferla AA, Ceccim RB, Florêncio AR, Barbosa MG, Stédile NLR. et al. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg. Saúde debate.* 2014;1(51):145-160.
24. Martins RMC, Montrone AVG. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. *Rev. eletrônica enferm.* 2009;11(3): 545-553. DOI: 10.5216/ree.v11i4.7099
25. Carvalho MS, Merhy EE, Sousa MF. Repensando as políticas de Saúde: no Brasil Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface comun. saúde educ.* 2019;23: e190211. DOI: 10.1590/Interface.190211.
26. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KTD, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface comun. saúde educ.* 2019; 23:e170627. DOI: 10.1590/Interface.170627.
27. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface comun. saúde educ.* 2005; 9(16):172-74. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100015.
28. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005; 10(4):975-86. 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000400020.

Vivências no sistema saúde escola de Sobral/CE

Experiences in the school health system of Sobral/CE

Experiencias en el sistema de salud escolar de Sobral/CE

RESUMO

Objetivo: Descrever as experiências vivenciadas pelas nutricionistas residentes nos serviços destinados às vivências de extensão da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) vinculados à Secretaria de Saúde de Sobral/CE, bem como contextualizá-las (ressaltando as suas impressões, percepções). **Método:** Trata-se do relato de uma experiência realizada pelas nutricionistas da 15ª turma de residentes em saúde da família da ESP-VS, durante as vivências de extensão, de agosto de 2018 a abril de 2019. O cenário foi constituído pelos seguintes serviços de saúde de Sobral/CE: Vigilância Alimentar e Nutricional, Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Programa Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar), Alimentação Escolar e Vigilância Epidemiológica. **Resultados:** As vivências de extensão do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ESP-VS tem por objetivo o desenvolvimento de competências profissionais. **Conclusão:** considerou-se estas vivências momentos que proporcionaram absoluta relevância para a aprendizagem no percurso formativo de residência em saúde.

DESCRITORES: Equipe multiprofissional; Atenção primária à saúde; Prática profissional.

ABSTRACT

Objective: To describe the experiences lived by nutritionists residing in the services destined to the extension experiences of the Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) linked to the Health Department of Sobral/CE, as well as contextualizing them (emphasizing their impressions, perceptions). **Method:** This is the report of an experience carried out by the nutritionists of the 15th group of residents in family health at ESP-VS, during the extension experiences, from August 2018 to April 2019. The scenario consisted of the following services of health in Sobral/CE: Food and Nutrition Surveillance, Four-Leaf Clover Strategy, Better at Home Program (Home Care Service), School Feeding and Epidemiological Surveillance. **Results:** The extension experiences of the ESP-VS Multiprofessional Residency in Family Health program aim to develop professional skills. **Conclusion:** these experiences were considered moments that provided absolute relevance for learning in the training course of residency in health.

DESCRIPTORS: Multiprofessional team; Primary health care; Professional practice.

RESUMEN

Objetivo: Describir las experiencias vividas por nutricionistas residentes en los servicios destinados a las experiencias de extensión de la Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) vinculada al Departamento de Salud de Sobral/CE, así como contextualizarlas (destacando sus impresiones, percepciones). **Método:** Este es el relato de una experiencia realizada por los nutricionistas del grupo 15 de residentes en salud de la familia de la ESP-VS, durante las experiencias de extensión, de agosto de 2018 a abril de 2019. El escenario consistió en los siguientes servicios de salud en Sobral/CE: Vigilancia Alimentaria y Nutricional, Estrategia Trébol de Cuatro Hojas, Programa Mejor en Casa (Servicio de Atención Domiciliar), Alimentación Escolar y Vigilancia Epidemiológica. **Resultados:** Las experiencias de extensión del programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia ESP-VS tienen como objetivo desarrollar competencias profesionales. **Conclusión:** estas experiencias fueron consideradas momentos que proporcionaron absoluta relevancia para el aprendizaje en el curso de formación de residencia en salud.

DESCRIPTORES: Equipo multiprofesional; Primeros auxilios; Práctica profesional.

RECEBIDO EM: 23/03/2022 **APROVADO EM:** 25/05/2022

Karine da Silva Oliveira

Nutricionista. Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará
ORCID: 0000-0001-7278-2484

Sarah Carvalho Félix

Nutricionista. Mestrado (em andamento) em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará
ORCID: 0000-0001-7050-5918

Letícia Maria Alves Araújo

Nutricionista. Especialização com caráter de residência multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia – Sobral/CE
ORCID: 0000-0003-0301-0397

Sílvia Silanne Ximenes Aragão

Nutricionista. Especialização com caráter de residência multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia – Sobral/CE
ORCID: 0000-0002-3055-3234

Fernanda Maria Magalhães Silveira

Nutricionista. Especialização em Nutrição Clínica pelo Centro Universitário Internacional UNINTER
ORCID: 0000-0001-5841-9398

Conceição de Maria Farias Sousa

Enfermeira. Mestrado (em andamento) em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará
ORCID: 0000-0002-6244-8041

INTRODUÇÃO

Com o intuito de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), aliada à necessidade de ampliar a reorientação na formação dos profissionais da saúde, surgem as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), criadas a partir da promulgação da Lei Federal nº 11.129/2005¹. As RMS são programas orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e consideradas um modelo de formação em serviço que busca qualificar os profissionais de saúde para atuarem de forma integral, interdisciplinar e em conformidade com as necessidades e realidades locais e regionais. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) foi apresentado como estratégia para a reorganização dos serviços públicos da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa modalidade de formação pretende aproximar os profissionais da realidade social e de saúde do trabalho no SUS, qualificando-os para a atuação de forma multiprofissional².

Este processo se dá através do desenvolvimento e vinculação entre conhecimentos, competências e habilidades profissionais, unindo o saber de cada categoria para atuarem na saúde coletiva dos diversos territórios assistidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos Centros de Saúde da Família (CSF's), de

Desde o ano de 2001, a categoria de nutrição encontra-se inserida no programa de RMSF de Sobral, abrindo espaço para desenvolver suas relevantes atribuições diante do perfil nutricional da população local.

forma multiprofissional, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS³.

A RMSF da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) de Sobral/CE teve sua origem (setembro de 1999) e evolução fortemente vinculadas ao sistema municipal de saúde. Nasceu com diversos desafios, dentre os quais responder às necessidades sociais e de saúde da população e dos territórios locais, e de qualificar os profissionais da rede para um novo paradigma, o qual tem como ênfase a promoção da saúde e a prevenção de agravos³.

Desde o ano de 2001, a categoria de nutrição encontra-se inserida no programa de RMSF de Sobral, abrindo espaço para desenvolver suas relevantes atribuições diante do perfil nutricional da população local. Assim, percebe-se essa estratégia como um espaço de atuação do profissional nutricionista, por ser apto a trabalhar propostas que abordem assuntos pertinentes à alimentação e nutrição, contribuindo para recriar as práticas de atenção à saúde⁴.

As vivências de extensão, como parte do desenho teórico-metodológico da RMSF da ESP-VS de Sobral, propõem-se a intensificar e aprimorar o fazer profissional pertinente a cada uma das categorias integrantes da RMSF, a partir da busca de conhecimentos e experiências relevantes em outros serviços da rede de saúde regionalizada, visando sempre contribuir para aumentar a efetividade das práticas e sa-

beres. Ocorrem por meio de intercâmbios institucionais, podendo ser no âmbito do município de Sobral ou em outros municípios, mediadas, acompanhadas e avaliadas pela ESP-VS³.

Deste modo, esse relato tem por objetivo descrever as experiências vivenciadas pelas nutricionistas residentes nos serviços destinados às vivências de extensão da ESP-VS vinculados à Secretaria de Saúde de Sobral/CE, bem como contextualizá-las (ressaltando as suas impressões, percepções).

MÉTODO

Trata-se do relato de uma experiência realizada pelas nutricionistas da 15ª turma de residentes em saúde da família da ESP-VS, no período de agosto de 2018 a abril de 2019. O relato foi elaborado de maio a agosto de 2019. Pensando na perspectiva do caráter formativo e, segundo o Projeto Político Pedagógico institucionalizado pela instituição, o cenário das vivências foi constituído pelos seguintes serviços de saúde de Sobral/CE: Vigilância Alimentar e Nutricional, Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Programa Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar), Alimentação Escolar e Vigilância Epidemiológica. As residentes cumpriram uma carga horária de 12 ou 16 horas de vivências em cada um dos serviços citados, totalizando, ao final, 80 horas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) contempla atividades continuadas e rotineiras de coleta e análise de dados e informações que apresentam as condições alimentares e nutricionais da população local, com o objetivo de fornecer subsídios para auxiliar no planejamento de programas com vistas à melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional da população.

As nutricionistas residentes foram recebidas pelo nutricionista gerente da

VAN. No primeiro turno de visita, as residentes foram apresentadas aos programas pelos quais a VAN realiza o registro com diversas informações, como: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Bolsa Família, Programa de Suplementação Nacional de Vitamina A e Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (NUTRISUS). As residentes receberam uma explanação sobre a coleta das informações para a alimentação destes programas, trabalho este conjunto entre a presente instituição e os CSF's de Sobral. As fichas de cadastro e de marcadores do consumo alimentar do SISVAN foram alguns dos instrumentos dos sistemas que foram apresentados.

Em um dos últimos momentos, uma das residentes acompanhou o gerente em uma visita aos Centros de Educação Infantil (CEI's) do município para observar o uso e aceitação do NUTRISUS pelas crianças. O NUTRISUS é um suplemento alimentar de micronutrientes que tem como objetivo a prevenção e controle de deficiências nutricionais para crianças em determinada faixa etária. Durante a visita, o gerente compartilhou com os profissionais da creche instruções sobre a distribuição do suplemento nas refeições e sobre o registro das informações.

Estratégia Trevo de Quatro Folhas

A Estratégia Trevo de Quatro Folhas foi uma iniciativa criada em 2001 pela secretaria de saúde de Sobral com o propósito de qualificar a atenção e o cuidado em saúde para o público materno-infantil, além de promover a redução dos óbitos infantis. Por meio do artigo 1º da lei nº 1.041 de 24 de novembro de 2010, que dispõe sobre a instituição desta Estratégia, tornou-se uma "Política Pública de Saúde de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida"⁵.

Freitas⁶ cita em seu relato que a Estratégia Trevo de Quatro Folhas se trata de um conjunto de ações, do nível da atenção secundária, com a finalidade de reduzir os índices de mortalidade materna, perinatal e infantil (que antes da sua implementa-

ção mantinham-se altos), além de oferecer uma atenção mais integral à saúde das gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos que encontram-se em risco clínico e/ou vulnerabilidade social, sejam residentes da área urbana ou rural do município de Sobral.

A denominação "Trevo de Quatro Folhas" está associada a um vegetal, chamado "trevo da sorte", cujo significado é análogo à gestão do cuidado nas quatro fases da atenção materno-infantil: pré-natal, parto e puerpério, nascimento e acompanhamento da criança nos dois primeiros anos de vida⁷.

Durante a vivência pôde-se perceber o quanto importantes são as ações desenvolvidas por esta Estratégia, onde o fazer do profissional nutricionista é absolutamente essencial para a prestação dos cuidados adequados e específicos ao acompanhamento da mãe e do recém nascido (RN) prematuro, propiciando a este um crescimento e desenvolvimento de forma adequada e saudável. A parceria intersetorial junto ao Trevo no município de Sobral tem fortalecido a atenção a este público de forma integrada e corresponsabilizada.

Programa Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar)

A Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, estabelece que a Atenção Domiciliar (AD) constitui-se como uma "modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde"⁸.

Os profissionais da equipe do Programa Melhor em Casa de Sobral/CE que receberam as residentes explanaram sobre o fluxo do serviço, que se dá da seguinte maneira: a equipe da ESF do CSF/território/residência do usuário que apresenta a necessidade deve realizar a solicitação da sua inclusão e admissão no Programa mediante sua avaliação e os critérios de elegibilidade do serviço, seguida do planejamento assistencial, que inclui a avalia-

ção do grau de complexidade da situação de saúde deste usuário, definições sobre a modalidade, dos recursos e equipamentos necessários para o cuidado no domicílio e da periodicidade dos atendimentos domiciliares. Este processo também demanda elaboração de orçamento e planilhas de custos (para cada paciente). A assistência e acompanhamento do usuário admitido acontecem até a alta deste, com exigência de registros formais em todas as etapas e durante todo o período do cuidado, incluindo a utilização de Sistema de Informação específico.

Assim, o profissional nutricionista integra a equipe multiprofissional de assistência e tem seu relevante papel neste serviço, onde realiza as visitas domiciliares aos usuários e famílias, a avaliação do estado nutricional dos usuários, a prescrição dietoterápica individualizada e o acompanhamento nutricional, conforme as condições de saúde, auxiliando assim no cuidado integral em saúde.

Alimentação Escolar

O termo “alimentação escolar” tem sido utilizado para denominar o conjunto de refeições ofertadas pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). A alimentação escolar é uma prática relevante nas escolas públicas brasileiras de ensino fundamental e médio. O PNAE tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento biopsicossocial, rendimento escolar e formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos, por meio de ações de educação alimentar e nutricional e oferta de refeições que atendam às suas necessidades nutricionais durante a permanência na escola⁹.

A vivência no serviço de Alimentação Escolar de Sobral deu-se com a recepção da nutricionista coordenadora do setor, que explanou como se dá a elaboração das refeições, desde a realização das compras dos gêneros alimentícios, através de licitações; a profissional também apresentou os cardápios e o programa que utiliza para fazer o registro de entrada e saída dos mesmos. Durante a vivência foi realizada uma visita de rotina a uma escola estadual

junto a uma das nutricionistas do serviço, onde pôde-se acompanhar na prática as atividades de orientação às merendeiras da instituição.

Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica tem como

Observou-se também a importância do fazer das equipes multiprofissionais de apoio, como da residência multiprofissional, integrado às ações da Estratégia Saúde da Família.

objetivo realizar orientações técnicas de forma permanente aos profissionais de saúde que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Além disso, torna disponíveis informações atualizadas sobre a ocorrência dessas doenças e agravos, bem

como dos fatores que as condicionam, numa área geográfica ou população definida¹⁰.

Na vivência na Vigilância Epidemiológica de Sobral, as nutricionistas residentes foram recebidas pela gerente do serviço, que apresentou todo o espaço, profissionais e fluxos; também explanou sobre a importância do correto registro dos dados e notificações para a realização de ações nos territórios em saúde da família. Na última visita houve uma roda de conversa sobre percepções e esclarecimento das dúvidas gerais acerca das atividades realizadas pela vigilância epidemiológica no município.

As vivências de extensão do programa de RMSF da ESPVS tem por objetivo proporcionar a apreensão do conhecimento sobre a organização e dinâmica dos diversos serviços do sistema de saúde de Sobral/CE, visando o desenvolvimento de competências profissionais. Compreendem a realização de estágios de caráter obrigatório em serviços da rede municipal de saúde, tendo a possibilidade de ocorrer em diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário, terciário) ou na gestão.

CONCLUSÃO

Durante o período desta atividade foi possível perceber o quão os serviços do sistema de saúde de Sobral/CE estão interligados e necessitam da colaboração interprofissional para realizar uma assistência em saúde com qualidade à população. Observou-se também a importância do fazer das equipes multiprofissionais de apoio, como da residência multiprofissional, integrado às ações da Estratégia Saúde da Família. Assim, considerou-se as estas vivências momentos que proporcionaram absoluta relevância para a aprendizagem no percurso formativo de residência em saúde.

Também foi possível observar a importância da categoria profissional de nutrição nos serviços perpassados, como parte fundamental de um todo, que visa prestar um cuidado integral à saúde das comunidades.

REFERÊNCIAS

1. Bragado MJV et al. Organização do atendimento em saúde durante pandemia do coronavírus: o reflexo do trabalho colaborativo. *Saúde Coletiva* (Barueri). 2021; 11(68): 7661-7670.
2. Cezar PK, Rodrigues PM, Arpini DM. A psicologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências da residência multiprofissional. *Psicologia: ciência e profissão*. 2015; 35 (1): 211-224. [acesso em 10 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/5t-k8YyC5HqVPkmPYhGTJLtt/abstract/?lang=pt>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 414 p. [acesso em 05 de junho de 2019]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.
4. Santos IG, Batista NA, Devincenzi MU. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015; 19 (53): 349-60. [acesso em 10 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/44bWxqRg9snKDJ9DRQg6W-Ch/?lang=pt>
5. Sobral. Lei n. 1041 de 24 de novembro de 2010. Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida no Município de Sobral-CE, e dá outras providências [Internet]. Lex: Paço Municipal Prefeito José Euclides Ferreira Gomes Júnior, Sobral; nov. 2010. Sanção Prefeiturar. [acesso em 05 de junho de 2019]. Disponível em: https://www.camarasobral.ce.gov.br/painel/files/docs/norma_lei/LO1041201020101124001pdf17062015094427.pdf.
6. Freitas BMS. Relato de experiência: a importância do Trevo de Quatro Folhas do município de Sobral-CE mediante o papel do psicólogo. *Cadernos de Graduação*. 2017; 3 (5). [acesso em 15 de junho de 2019]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br>
7. Sousa FJS, Sucupira ACSL, Aguiar ISM, Mesquita VAL, Sales ENBG de. Programa Trevo de Quatro Folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral – Ceará. *SANARE*. Sobral: jan./jun. 2012; 11 (1): 60-65. [acesso em 13 de julho de 2019]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013; 207 p. [acesso em 02 de agosto de 2019]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf.
9. Silva EO, Amparo-Santos L, Soares MD. Alimentação escolar e constituição de identidades dos escolares: da merenda para pobres ao direito à alimentação. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34 (4): e00142617. [acesso em 02 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gdwmZwGHLwkPhX6wKBXk44B/abstract/?lang=pt>
10. Gomes ECS. *Conceitos e ferramentas da epidemiologia*/Elainne Christine de Souza Gomes – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. [acesso em 05 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://ares.una-sus.gov.br>

Experiences in the school health system of Sobral/CE

Vivências no sistema saúde escola de Sobral/CE

Experiencias en el sistema de salud escolar de Sobral/CE

RESUMO

Objetivo: Descrever as experiências vivenciadas pelas nutricionistas residentes nos serviços destinados às vivências de extensão da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) vinculados à Secretaria de Saúde de Sobral/CE, bem como contextualizá-las (ressaltando as suas impressões, percepções). **Método:** Trata-se do relato de uma experiência realizada pelas nutricionistas da 15ª turma de residentes em saúde da família da ESP-VS, durante as vivências de extensão, de agosto de 2018 a abril de 2019. O cenário foi constituído pelos seguintes serviços de saúde de Sobral/CE: Vigilância Alimentar e Nutricional, Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Programa Melhor em Casa (Serviço de Atenção Domiciliar), Alimentação Escolar e Vigilância Epidemiológica. **Resultados:** As vivências de extensão do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ESP-VS tem por objetivo o desenvolvimento de competências profissionais. **Conclusão:** considerou-se estas vivências momentos que proporcionaram absoluta relevância para a aprendizagem no percurso formativo de residência em saúde.

DESCRITORES: Equipe multiprofissional; Atenção primária à saúde; Prática profissional.

ABSTRACT

Objective: To describe the experiences lived by nutritionists residing in the services destined to the extension experiences of the Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) linked to the Health Department of Sobral/CE, as well as contextualizing them (emphasizing their impressions, perceptions). **Method:** This is the report of an experience carried out by the nutritionists of the 15th group of residents in family health at ESP-VS, during the extension experiences, from August 2018 to April 2019. The scenario consisted of the following services of health in Sobral/CE: Food and Nutrition Surveillance, Four-Leaf Clover Strategy, Better at Home Program (Home Care Service), School Feeding and Epidemiological Surveillance. **Results:** The extension experiences of the ESP-VS Multiprofessional Residency in Family Health program aim to develop professional skills. **Conclusion:** these experiences were considered moments that provided absolute relevance for learning in the training course of residency in health.

DESCRIPTORS: Multiprofessional team; Primary health care; Professional practice.

RESUMEN

Objetivo: Describir las experiencias vividas por nutricionistas residentes en los servicios destinados a las experiencias de extensión de la Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) vinculada al Departamento de Salud de Sobral/CE, así como contextualizarlas (destacando sus impresiones, percepciones). **Método:** Este es el relato de una experiencia realizada por los nutricionistas del grupo 15 de residentes en salud de la familia de la ESP-VS, durante las experiencias de extensión, de agosto de 2018 a abril de 2019. El escenario consistió en los siguientes servicios de salud en Sobral/CE: Vigilancia Alimentaria y Nutricional, Estrategia Trébol de Cuatro Hojas, Programa Mejor en Casa (Servicio de Atención Domiciliar), Alimentación Escolar y Vigilancia Epidemiológica. **Resultados:** Las experiencias de extensión del programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia ESP-VS tienen como objetivo desarrollar competencias profesionales. **Conclusión:** estas experiencias fueron consideradas momentos que proporcionaron absoluta relevancia para el aprendizaje en el curso de formación de residencia en salud.

DESCRIPTORES: Equipo multiprofesional; Primeros auxilios; Práctica profesional.

RECEBIDO EM: 23/03/2022 **APROVADO EM:** 25/05/2022

Karine da Silva Oliveira

Nutritionist. Master's Degree in Health Sciences from the Federal University of Ceará.
ORCID: 0000-0001-7278-2484

Sarah Carvalho Félix

Nutritionist. Master's student in Public Policy Evaluation at the Federal University of Ceará.
ORCID: 0000-0001-7050-5918

Letícia Maria Alves Araújo

Nutritionist. Specialization with a multiprofessional residency in Family Health at the Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia – Sobral/CE
ORCID: 0000-0003-0301-0397

Sílvia Silanne Ximenes Aragão

Nutritionist. Specialization with a multiprofessional residency in Family Health at the Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia – Sobral/CE
ORCID: 0000-0002-3055-3234

Fernanda Maria Magalhães Silveira

Nutritionist. Specialization in Clinical Nutrition at the UNINTER International University Center
ORCID: 0000-0001-5841-9398

Conceição de Maria Farias Sousa

Nurse. Master's student in Family Health at the Federal University of Ceará
ORCID: 0000-0002-6244-8041

INTRODUCTION

In order to strengthen Primary Health Care (PHC), combined with the need to expand the reorientation in the training of health professionals, Multiprofessional Health Residencies (MHR) emerged, created after the enactment of Federal Law No. 11,129/2005.¹

The MHR are programs guided by the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS), considered a model of in-service training that seeks to qualify health professionals to act in an integral, interdisciplinary way and in accordance with local and regional needs and realities. The Multiprofessional Residency Program in Family Health (MRPFH) was presented as a strategy for the reorganization of public services in Primary Health Care (PHC). This training modality aims to bring professionals closer to the social and health reality of work in the SUS, qualifying them to work in a multiprofessional way.²

This process takes place through the development and linking of knowledge, skills and professional skills, uniting the knowledge of each category to work in the collective health of the various territories assisted by the teams of the Family Health Strategy (FHS) of the Family

Since 2001, the nutrition category has been part of the MRPFH program in Sobral, opening space to develop its relevant attributions in view of the nutritional profile of the local population.

Health Centers (FHC's), in a multiprofessional way, based on the principles and guidelines of the SUS.³

The MRPFH of the Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia (ESP-VS) in Sobral/CE had its origin (September 1999) and evolution strongly linked to the municipal health system. It was born with several challenges, including responding to the social and health needs of the population and local territories, and qualifying network professionals for a new paradigm, which emphasizes health promotion and disease prevention.³

Since 2001, the nutrition category has been part of the MRPFH program in Sobral, opening space to develop its relevant attributions in view of the nutritional profile of the local population. Thus, this strategy is perceived as a space for the professional nutritionist to act, as he is able to work on proposals that address issues relevant to food and nutrition, contributing to recreate health care practices.⁴

The extension experiences, as part of the theoretical-methodological design of the MRPFH of the ESP-VS de Sobral, aim to intensify and improve the professional practice relevant to each of the categories that are part of the MRPFH, from the search for relevant knowledge and experiences in other services

of the regionalized health network, always aiming to contribute to increase the effectiveness of practices and knowledge. They occur through institutional exchanges, which can be within the scope of the municipality of Sobral or in other municipalities, mediated, monitored and evaluated by ESP-VS.³

Thus, this report aims to describe the experiences lived by nutritionists residing in the services destined to the ESP-VS extension experiences linked to the Health Department of Sobral/CE, as well as contextualizing them, emphasizing their impressions and perceptions.

METHOD

This is the report of an experience carried out by the nutritionists of the 15th group of residents in family health at ESP-VS, from August 2018 to April 2019. The report was prepared from May to August 2019. Thinking from the perspective of the formative character and, according to the Political Pedagogical Project institutionalized by the institution, the scenario of experiences consisted of the following health services in Sobral/CE: Food and Nutrition Surveillance, Four-Leaf Clover Strategy, Better at Home Program (Home Care Service), School Feeding and Epidemiological Surveillance. The residents completed a workload of 12 or 16 hours of experiences in each of the aforementioned services, totaling, in the end, 80 hours.

RESULTS AND DISCUSSION

Food and Nutrition Surveillance (FNS)

The Food and Nutrition Surveillance (FNS) includes continuous and routine activities of collection and analysis of data and information that present the food and nutritional conditions of the local population, with the objective of providing subsidies to assist in the planning of programs with a view to improving food consumption patterns and the nutritional status of the population.

The resident nutritionists were received by the nutritionist who managed the FNS. No primeiro turno de visita, as residentes foram apresentadas aos programas pelos quais a VAN realiza o registro com diversas informações, como: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Bolsa Família, Programa de Suplementação Nacional de Vitamina A e Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (NUTRISUS). The residents received an explanation about the collection of information for the feeding of these programs, this joint work between the present institution and the FHC's of Sobral. The FNSS registration forms and food consumption markers were some of the systems' instruments that were presented.

In one of the last moments, one of the residents accompanied the manager on a visit to the Early Childhood Education Centers (ECEC's) in the municipality to observe the use and acceptance of NUTRISUS by the children. NUTRISUS is a micronutrient food supplement that aims to prevent and control nutritional deficiencies for children in a certain age group. During the visit, the manager shared instructions with the day care professionals on the distribution of the supplement at meals and on the recording of information.

Four-Leaf Clover (Trevó de Quatro Folhas) Strategy

The Four-Leaf Clover Strategy was an initiative created in 2001 by the Sobral Health Department with the purpose of qualifying attention and health care for the maternal-infant public, in addition to promoting the reduction of infant deaths. Through article 1 of Law No. 1041 of November 24, 2010, which provides for the establishment of this Strategy, it became a "Public Health Policy to Support Pregnant Women, Mothers and Life Encouragement".⁵

Freitas⁶ mentions in his report that the Four-Leaf Clover Strategy is a set of actions, at the secondary care level, with

the purpose of reducing maternal, perinatal and infant mortality rates (which remained high before its implementation), in addition to offering more comprehensive health care for pregnant women, postpartum women and children under two years of age who are at clinical risk and/or social vulnerability, whether they are residents of urban or rural areas in the municipality of Sobral.

The name 'Four-Leaf Clover' is associated with a vegetable, called "lucky clover", whose meaning is analogous to care management in the four phases of maternal and child care: prenatal care, childbirth and puerperium, birth and follow-up of the child in the first two years of life.⁷

During the experience, it was possible to perceive how important the actions developed by this Strategy are, where the nutritionist's work is absolutely essential for the provision of adequate and specific care for the monitoring of the mother and the premature newborn (NB), providing it with adequate and healthy growth and development. The intersectoral partnership with Trevó in the municipality of Sobral has strengthened attention to this public in an integrated and co-responsible way.

Better at Home Program (Home Care Service)

Ordinance No. 2,527, of October 2011, establishes that Home Care (HC) is constituted as a "modality of health care that replaces or complements the existing ones, characterized by a set of actions to promote health, prevention and treatment of diseases and rehabilitation provided at home, with a guarantee of continuity of care and integrated into the Health Care Networks".⁸

The professionals from the Better at Home (Melhor em Casa) de Sobral/CE Program team who received the residents explained the service flow, which is as follows: the ESF team of the CSF/territory/residence of the user who presents the need must make the request for their inclusion and admission to

the Program through their evaluation and the eligibility criteria of the service, followed by the assistance planning, which includes the assessment of the degree of complexity of the health situation of this user, definitions about the modality, the resources and equipment needed for home care and the frequency of home visits.

This process also requires budgeting and cost spreadsheets (for each patient). The assistance and monitoring of the admitted user takes place until his discharge, with the requirement of formal records at all stages and throughout the period of care, including the use of a specific Information System.

Thus, the nutritionist is part of the multidisciplinary care team and has an important role in this service, where he carries out home visits to users and families, assessment of users' nutritional status, individualized diet therapy prescription and nutritional monitoring, according to health conditions, thus assisting in comprehensive health care.

School meals

The term "school meals" has been used to name the set of meals offered by the National School Feeding Program (PNAE - Programa Nacional de Alimentação Escolar). School feeding is a relevant practice in Brazilian public elementary and high schools. The PNAE aims to contribute to the biopsychosocial development, school performance and formation of healthy eating habits of students, through food and nutrition education actions and the provision of meals that meet their nutritional needs during their stay at school.⁹

The experience in the School Meal service in Sobral took place with the reception of the nutritionist who coordinates the sector, who explained how the preparation of meals takes place, from the purchase of foodstuffs, through bids; the professional also presented the menus and the program she uses to register their entry and exit. During the experience, a routine visit to a state

school was carried out with one of the nutritionists of the service, where it was possible to follow in practice the activities of guidance to the school's cooks.

Epidemiological surveillance

Epidemiological surveillance aims to

It was also observed the importance of multidisciplinary support teams, such as the multidisciplinary residency, integrated with the actions of the Family Health Strategy.

provide permanent technical guidance to health professionals who are responsible for deciding on the implementation of disease control actions. In addition, it makes available up-to-date information on the occurrence of these diseases and

conditions, as well as the factors that condition them, in a defined geographic area or population.¹⁰

In the experience in the Epidemiological Surveillance of Sobral, the resident nutritionists were received by the service manager, who presented the entire space, professionals and flows; she also explained the importance of correctly recording data and notifications for carrying out actions in family health territories. On the last visit, there was a conversation about perceptions and clarification of general doubts about the activities carried out by epidemiological surveillance in the municipality.

The extension experiences of the ESP-VS MRPFH program aim to provide the apprehension of knowledge about the organization and dynamics of the various services of the health system of Sobral/CE, aiming at the development of professional competences. They comprise the completion of mandatory internships in services of the municipal health network, with the possibility of taking place at different levels of health care (primary, secondary, tertiary) or in management.

CONCLUSION

During the period of this activity, it was possible to perceive how the services of the health system of Sobral/CE are interconnected and need interprofessional collaboration to provide quality health care to the population. It was also observed the importance of multidisciplinary support teams, such as the multidisciplinary residency, integrated with the actions of the Family Health Strategy. Thus, these experiences were considered moments that provided absolute relevance for learning in the training course of residency in health.

It was also possible to observe the importance of the professional category of nutrition in the services provided, as a fundamental part of a whole, which aims to provide comprehensive care to the health of communities.

REFERENCES

1. Bragado MJV et al. Organização do atendimento em saúde durante pandemia do coronavírus: o reflexo do trabalho colaborativo. *Saúde Coletiva* (Barueri). 2021; 11(68): 7661-7670.
2. Cezar PK, Rodrigues PM, Arpini DM. A psicologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências da residência multiprofissional. *Psicologia: ciência e profissão*. 2015; 35 (1): 211-224. [acesso em 10 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/5t-k8YyC5HqVPkmPYhGTJLtt/abstract/?lang=pt>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; 414 p. [acesso em 05 de junho de 2019]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.
4. Santos IG, Batista NA, Devincenzi MU. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015; 19 (53): 349-60. [acesso em 10 de maio de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/44bWxqRg9snKDJ9DRQg6W-Ch/?lang=pt>
5. Sobral. Lei n. 1041 de 24 de novembro de 2010. Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio às Gestantes, Mães e Incentivo à Vida no Município de Sobral-CE, e dá outras providências [Internet]. Lex: Paço Municipal Prefeito José Euclides Ferreira Gomes Júnior, Sobral; nov. 2010. Sanção Prefeital. [acesso em 05 de junho de 2019]. Disponível em: https://www.camarasobral.ce.gov.br/painel/files/docs/norma_lei/LO1041201020101124001pdf17062015094427.pdf.
6. Freitas BMS. Relato de experiência: a importância do Trevo de Quatro Folhas do município de Sobral-CE mediante o papel do psicólogo. *Cadernos de Graduação*. 2017; 3 (5). [acesso em 15 de junho de 2019]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br>
7. Sousa FJS, Sucupira ACSL, Aguiar ISM, Mesquita VAL, Sales ENBG de. Programa Trevo de Quatro Folhas: uma ação efetiva para a redução da mortalidade infantil em Sobral – Ceará. *SANARE. Sobral: jan./jun. 2012; 11 (1): 60-65*. [acesso em 13 de julho de 2019]. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013; 207 p. [acesso em 02 de agosto de 2019]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf.
9. Silva EO, Amparo-Santos L, Soares MD. Alimentação escolar e constituição de identidades dos escolares: da merenda para pobres ao direito à alimentação. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34 (4): e00142617. [acesso em 02 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gdwmZwGHLwkPhX6wKBXk44B/abstract/?lang=pt>
10. Gomes ECS. Conceitos e ferramentas da epidemiologia/Elaine Christine de Souza Gomes – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. [acesso em 05 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://ares.una-sus.gov.br>

É possível melhorar o acolhimento na pandemia? Uma experiência na atenção primária

Is it possible to improve reception in the pandemic? An experience in primary care

Es posible mejorar la recepción en la pandemia? Una experiencia en atención primaria

RESUMO

Objetivo: A alta demanda de usuários buscando atendimento e tempo de espera fatigante nas Unidades de Saúde da Família são uma realidade no Brasil, dificultando assim o acesso do usuário ao serviço de saúde. O presente relato buscou narrar uma experiência de (re)formar o acolhimento dentro de um contexto de exceção: a pandemia pelo COVID-19. Objetivo: Reestruturar esse processo buscando potencializar o cuidado a partir do olhar de uma residente em Medicina de Família e Comunidade. Métodos: Foram feitas reuniões a cada 15 dias durante 2 anos. Resultados: Os trabalhadores sugeriram idéias para reorganizar o acolhimento aspirando ampliar a capacidade clínica e de escuta da equipe de saúde, além de fomentar um senso crítico de autoavaliação de todos. Conclusão: O acolhimento na equipe Bela Vista 2 ampliou o campo semântico e pode melhorar a sensação de pertencimento e capacidade de cuidado ao dar vez, voz e lugar a todos os trabalhadores.

DESCRITORES: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento, COVID-19.

ABSTRACT

Objective: The high demand of users seeking care and the tiring waiting time in the Family Health Units are a reality in Brazil, thus hindering the user's access to the health service. The present report sought to narrate an experience of (re)forming the reception within a context of exception: the pandemic by COVID-19. Objective: To restructure this process, seeking to enhance care from the perspective of a resident in Family and Community Medicine. Methods: Meetings were held every 15 days for 2 years. Results: The workers suggested ideas to reorganize the reception, aiming to expand the clinical and listening capacity of the health team, in addition to fostering a critical sense of self-assessment in everyone. Conclusion: The reception in the Bela Vista 2 team expanded the semantic field and can improve the feeling of belonging and the ability to care by giving time, voice and place to all workers.

DESCRIPTORS: Family Health Strategy; Primary Health Care; User Embrace, COVID-19

RESUMEN

Objetivo: La alta demanda de usuarios en busca de atención y el agotador tiempo de espera en las Unidades de Salud de la Familia son una realidad en Brasil, dificultando el acceso del usuario al servicio de salud. El presente reportaje buscó narrar una experiencia de (re)formar la recepción en un contexto de excepción: la pandemia por COVID-19. Objetivo: Reestructurar este proceso, buscando potenciar el cuidado desde la perspectiva del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Métodos: Las reuniones se realizaron cada 15 días durante 2 años. Resultados: Los trabajadores sugirieron ideas para reorganizar la recepción, con el objetivo de ampliar la capacidad clínica y de escucha del equipo de salud, además de fomentar en todos un sentido crítico de autoevaluación. Conclusión: La acogida en el equipo Bela Vista 2 amplió el campo semántico y puede mejorar el sentimiento de pertenencia y la capacidad de cuidado al dar tiempo, voz y lugar a todos los trabajadores.

DESCRIPTORES: Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Acogimiento, COVID-19.

RECEBIDO EM: 13/03/2022 APROVADO EM: 28/05/2022

Aenne Tavares De Andrade

Médica residente de Medicina de Família e Comunidade do Centro Universitário de João Pessoa.

ORCID: 0000-0002-6104-9903

Denise Mota Araripe Pereira Fernandes

Mestre em saúde da família, docente e preceptora em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM/PB-Afya.

ORCID ID: 0000-0001-7804-882X

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na Constituição de 1988, se alicerça na premissa universal de saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo assim, todos os cidadãos deveriam ter acesso à saúde de forma também integral e equânime. Entretanto, um dos grandes desafios é garantir tal acesso de forma ágil, inclusiva e resolutiva. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de complexidade do SUS, ou seja, a porta de entrada do serviço de saúde. O usuário, para que tenha garantido na busca por assistência à saúde, o respeito por tais princípios éticos deverão encontrar um modelo de APS forte e bem estruturada, ofertando o melhor cuidado ao usuário.^{1,2}

No Brasil a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo no qual a APS encontra para garantir o acesso e as premissas constitucionais. Destarte, grandes demandas e tempo de espera fatigante são realidade nas Unidades de Saúde da Família (USF), e isto pode estar potencializado pela falta de escuta qualificada, de comprometimento dos profissionais e dificuldades do trabalho multi e interdisciplinar.¹

Possibilidades de melhorar o acesso dos usuários se dá com o estabelecimento de dispositivos de cuidado tais como o acolhimento. Tal ferramenta ganha destaque na Política Nacional de Humanização (PNH), desenvolvida em 2003, e que vem efetivando os princípios do SUS, incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.^{3,4}

A PNH propõe através da diretriz do acolhimento uma forma de ampliar o acesso a partir da reorganização do processo de trabalho e da escuta qualificada, a qual pode ser realizada por qualquer membro da equipe. Visando assim garantir não apenas o atendimento de todos os usuários, mas o fomento de contínuo cuidado, aproximação e reposta célere a demandas que possam ser aventadas através da avaliação da vulnerabilidade, gravidade e risco.³

Tal política prioriza que as demandas apresentadas pelos usuários sejam escutadas e acolhidas sem julgamentos, para que

não haja barreiras entre usuários e trabalhadores. Assim, todas as questões de saúde ou problemas relacionados a qualidade de vida e ao bem-estar dos sujeitos serão importantes e reconhecidas, legitimando suas vozes que buscam ajuda de maneira direta ou indiretamente. A escuta qualificada assim necessita do preparo de todos os profissionais para acolher os imprevistos que fogem a qualquer programação.⁴

O processo de acolhimento era resumido à enfermeira da equipe, resultando em sobrecarga de trabalho e ausência de envolvimento multiprofissional.

Diante desse contexto, após observar o funcionamento do fluxo de acesso dos usuários da USF Unindo Vidas, especialmente da equipe Bela Vista 2, foi identificado falhas no processo de acolhimento que enfraqueciam as relações de confiança e o vínculo entre os profissionais e o usuário. Observou-se também tempo prolongado de resolução das demandas trazidas pelos usuários pela ausência de intervenções precoces, deixando-os insatisfeitos e desacre-

ditados no serviço de saúde.

A famigerada distribuição de fichas para atendimento médico – polêmicas por limitarem o cuidado, colocando-o na figura do médico enquanto sujeito único capaz de resolver os problemas apresentados, mas potentes por organizarem o fluxo e gerarem alguma segurança aos usuários – se misturava com o próprio conceito escuta qualificada pela equipe em questão, visto que acontecia durante uma hora em cada turno, ou seja, após dado horário como seria acolhido ou não este usuário que chegava era um conflito diário para os trabalhadores. O processo de acolhimento era resumido à enfermeira da equipe, resultando em sobrecarga de trabalho e ausência de envolvimento multiprofissional. Dessa maneira, percebia-se um acolhimento ineficiente, com tempo de escuta prolongado, necessidades pouco identificadas e alta demanda de encaminhamento para o atendimento médico.

A presente pesquisa objetiva narrar uma experiência de aprimorar o acolhimento, identificando as possíveis falhas e superando-as através da reorganização dos processos de trabalho, e por fim oferecendo um acolhimento cada vez mais adequado, efetivo e humanizado aos usuários.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma residente de Medicina de Família e Comunidade, médica da equipe Bela Vista 2 com aproximadamente 3.400 usuários cadastrados. Esta equipe faz parte da USF Integrada Unindo Vidas em João Pessoa (PB). As unidades integradas são espaços com duas ou mais equipes de Saúde da Família dividindo o mesmo espaço predial e estratégico para o apoio ao cuidado.⁵ A residência médica supracitada tem duração de 2 anos, período de realização do estudo em questão.

O relato que se apresenta foi estruturado segundo o protocolo SQUIRE 2.0.⁶

DESCRIÇÃO DO RELATO

Durante o primeiro mês de residência

em Medicina de Família e Comunidade (MFC), foi observado como acontecia o acolhimento na USF. Tal processo era realizado por um único profissional da equipe: a enfermeira, no horário das 7 às 8h no turno da manhã e das 12 às 13h à tarde. Eram distribuídas as fichas pelo auxiliar administrativo a quem chegasse entre esse horário. Após isto, os usuários eram orientados a retornarem no próximo turno, exceto os casos de urgência, nos quais o paciente era acolhido fora do horário previamente estabelecido.

A vivência dos atendimentos e o aprendizado do arcabouço teórico da MFC nos levaram a percepção de que mais de 80% dos pacientes que passavam pelo acolhimento eram encaminhados ao médico e que a retirada dos prontuários só se iniciava após a finalização do acolhimento. Assim, os usuários chegavam, falavam com a profissional elencada a acolher, mas só após a escuta de todos os pacientes é que procedia a retirada dos prontuários, aumentando sobremaneira o tempo de espera para o início das consultas. Tal questão ficou insustentável na pandemia, visto que o tempo de espera poderia gerar adoecimento e derramamento viral. Mudar era uma premente necessidade, mas com a pandemia tornou-se uma urgência sem precedentes.

Um dos principais problemas observado e que precisou de uma célere intervenção foi em relação aos pacientes que chegavam à Unidade após o horário de distribuição das fichas. Era desumano que eles voltassem para casa sem ao menos serem escutados e acolhidos. Portanto, todos que buscavam a unidade começaram a ser acolhidos por qualquer profissional da Unidade, geralmente, por um técnico de enfermagem. Outra mudança foi o acolhimento deixar de ser realizado exclusivamente pela enfermeira. Para isto, foi elaborada uma escala de profissionais, estes responsáveis pela escuta qualificada em seu respectivo turno.

O auxiliar administrativo potencializou o seu trabalho se responsabilizando por direcionar os usuários que chegavam com atividade já agendada aos seus setores, evitando assim esperas desnecessárias e possíveis confusões na recepção. Isso resultou

Quadro 1. Protocolo SQUIRE.	
Descrição do Problema	Acolhimento ineficaz de uma equipe de Saúde da Família
Contexto	Pandemia pelo COVID-19 diminuindo a tolerância do tempo de espera para o atendimento na USF
Intervenção	Roda de conversa com os trabalhadores, repensando o conceito de acolhimento a partir de seus conhecimentos prévios, facilitada pela residente e mediada pelo preceptor do Programa de Residência Médica e MFC
Medidas	Descrição do relato, processo de reconquista de um acolhimento mais estruturado e com as necessidades das pessoas
Considerações éticas	Por se tratar de um relato de experiência o presente estudo não foi submetido ao comitê de ética em pesquisa
Sumário	Processos dialogados na equipe de Saúde da Família que se valham de tecnologias leves, que possam ser empregados para facilitar o processo de trabalho devem ser estimulados, visto a potência de tais ferramentas
Limitações	Os achados do estudo não podem ser extrapolados, visto se tratar de um relato de experiência

Fonte: elaborado pelas autoras (2022).

em diminuição na quantidade de pessoas encaminhadas à escuta qualificada, evitando que ela se estendesse e interferisse nas atividades programadas daquele profissional. Portanto, pacientes que, por exemplo, buscavam a Unidade a fim de tomar vacina, coletar exame, receber medicação ou alguma referência de nível secundário não recebiam fichas e já eram direcionados para resolverem as suas necessidades.

Uma queixa trazida pelos próprios usuários era sobre a escuta demorada e a dificuldade para acessar o médico. Pois, durante a escuta, o profissional queria resolver demandas que não eram urgentes e exigiam tempo, provocando uma demora que só protelava a resolução das necessidades dos usuários. Percebendo isso, foi criado um fluxo para renovação de receitas de pacientes crônicos. Estes, caso não apresentassem queixas no dia, deixavam a receita com algum profissional da equipe e retornavam

no final do dia para buscá-las – em pastas especificadas na recepção. Assim, o médico ou enfermeiro analisava o prontuário oportunamente e o paciente não demorava na unidade.

A estratégia utilizada

Através das reuniões quinzenais, criou-se um espaço potente de trocas onde todos sugeriam idéias para reorganizar o processo de acolhimento no sentido de ampliar a capacidade clínica e de escuta da equipe de saúde, além de fomentar um senso crítico de autoavaliação em cada trabalhador.

Em posse do conhecimento de que o processo de acolhimento não é imutável, nem definido apenas pelos profissionais de saúde, e que é preciso de vários reajustes no decorrer da vivência em equipe, foi compactuado reuniões quinzenais entre a equipe do Bela Vista 2. Nestas rodas de conversa utilizamos o método freiriano

de pedagogia da autonomia, assim não existiam educadores e educandos, tudo era conversado e problematizado, extraindo saberes e vivências, por exemplo, sobre as peculiaridades de cada situação experimentada pelos trabalhadores durante o acolhimento e quais mudanças poderiam ser feitas para que houvesse um fortalecimento cada vez maior da relação de confiança e compromisso entre o paciente e profissional. Esses momentos também serviam para que cada membro da equipe se sentisse motivado e disposto a participar ativamente do acolhimento. Vale salientar que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exerciam um papel importantíssimo, uma vez que eles sempre estavam em contato com os usuários além da Unidade, trazendo de forma direta para a discussão as expectativas e reclamações da população.⁷

DISCUSSÃO E RESULTADOS

O acolhimento é essencial ao cuidado do usuário, visto que é uma ferramenta de cuidado. Para efetivação do acolhimento na APS é necessária uma escuta qualificada pelos trabalhadores, evidenciando permanentemente as demandas dos usuários dos serviços de saúde, atendendo conforme a priorização por meio de uma avaliação criteriosa das vulnerabilidades.⁸ Apesar da

demanda expressiva, com a organização da oferta de profissionais suficientes e capacitados é possível oferecer atendimento eficiente e digno a todos que buscarem à USF.

Percebe-se assim que a garantia do acesso e do acolhimento é de suma importância para a consolidação do direito universal da população ao SUS e exige uma mudança no processo de trabalho, com uma reorganização do serviço, no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde do usuário.⁹ O acesso e acolhimento, por sua vez, articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado.¹⁰ Para garantir tal acesso é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento. Os momentos de discussões dos fluxos entre as equipes propiciaram resgatar o papel de cada profissional inserido na APS, ressignificando e fortalecendo o trabalho em equipe, a eficácia e a efetividade da assistência e dos cuidados de saúde.¹¹

De modo geral, reconhece-se o acolhimento como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciando um vínculo entre a equipe e população, trabalhador e usuário, questionando-se assim o processo de trabalho e desencadeando o cuidado integral, modificando a

clínica. Para isso, é necessário qualificar a equipe multiprofissional para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisões, amparar, orientar e negociar. Esse é um processo no qual os profissionais e a unidade tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individuais e coletivo.¹⁰

CONCLUSÃO

Portanto, mesmo em meio a uma pandemia cruel e devastadora, é possível remodelar o acesso dos usuários à saúde através do acolhimento de uma equipe qualificada e comprometida. Apesar do visível fortalecimento do processo de acolhimento da USF em questão, é preciso sempre ser reavaliado conforme as respostas dos usuários e profissionais às ações implementadas. O acolhimento deve acontecer durante todo o momento em que a USF estiver aberta e não restringir a responsabilidade pelo ato de acolher a um trabalhador isoladamente, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Ele se caracteriza como uma relação humanizada, servindo de esteio para ampliar o acesso à APS e aos demais níveis do SUS.

REFERÊNCIAS

- 1 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 4 Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15; 2010. p. 3569-3578.
- 5 Soares RS, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *RevBrasMedFam Comunidade*, 13(40):1-8, 2018.
- 6 Ogrinc G, et al. SQUIRE 2.0-Standards for Quality Improvement Reporting Excellence-Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *J Am Coll Surg*, 222:317-23, 2016.
- 7 Freire, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 9 Silva LAN, et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde em Debate*; 2019. v. 43, p. 742-754.
- 10 Souza ECF, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n. 1, p. 100-110, 2008.
- 11 Bragado MJV, Rocha KSG, Oliveira TP, Vergotti BS, Vieira DO, Moreira KFA. Organização do atendimento em saúde durante pandemia do coronavírus: o reflexo do trabalho colaborativo. *Saúde Coletiva (Barueri)*; 2021. 11(68), 7661-7670. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7661-7670>

Is it possible to improve reception in the pandemic? An experience in primary care

É possível melhorar o acolhimento na pandemia? Uma experiência na atenção primária

Es posible mejorar la recepción en la pandemia? Una experiencia en atención primaria

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida e a presença de dor musculoesquelética em profissionais dos profissionais de um instituto de ensino federal localizado no município de Ipojuca. Método: estudo transversal que analisou 51 profissionais, com coleta de dados entre março e julho de 2021, através dos instrumentos: formulário sociodemográfico; SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) e o questionário nórdico músculoesquelético. Resultados: Os domínios de QV dos participantes apresentaram valores muito próximos para baixo e alto valor, com destaque negativo para os domínios aspecto emocional e capacidade funcional, evidenciando que a capacidade para realizar as atividades cotidianas e o estado emocional foram impactados pela pandemia. Também, dores em pescoço, ombros e costas foram sentidas por grande parte da amostra, independentemente da idade ou da função. Conclusão: Torna-se útil que as instituições invistam na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, cuja abordagem deve ser subjetiva e multidimensional.

DESCRITORES: Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Acolhimento, COVID-19.

ABSTRACT

Objective: The high demand of users seeking care and the tiring waiting time in the Family Health Units are a reality in Brazil, thus hindering the user's access to the health service. The present report sought to narrate an experience of (re)forming the reception within a context of exception: the pandemic by COVID-19. Objective: To restructure this process, seeking to enhance care from the perspective of a resident in Family and Community Medicine. Methods: Meetings were held every 15 days for 2 years. Results: The workers suggested ideas to reorganize the reception, aiming to expand the clinical and listening capacity of the health team, in addition to fostering a critical sense of self-assessment in everyone. Conclusion: The reception in the Bela Vista 2 team expanded the semantic field and can improve the feeling of belonging and the ability to care by giving time, voice and place to all workers.

DESCRIPTORS: Family Health Strategy; Primary Health Care; User Embrace, COVID-19

RESUMEN

Objetivo: La alta demanda de usuarios en busca de atención y el agotador tiempo de espera en las Unidades de Salud de la Familia son una realidad en Brasil, dificultando el acceso del usuario al servicio de salud. El presente reportaje buscó narrar una experiencia de (re)formar la recepción en un contexto de excepción: la pandemia por COVID-19. Objetivo: Reestructurar este proceso, buscando potenciar el cuidado desde la perspectiva del residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Métodos: Las reuniones se realizaron cada 15 días durante 2 años. Resultados: Los trabajadores sugirieron ideas para reorganizar la recepción, con el objetivo de ampliar la capacidad clínica y de escucha del equipo de salud, además de fomentar en todos un sentido crítico de autoevaluación. Conclusión: La acogida en el equipo Bela Vista 2 amplió el campo semántico y puede mejorar el sentimiento de pertenencia y la capacidad de cuidado al dar tiempo, voz y lugar a todos los trabajadores.

DESCRIPTORES: Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Acogimiento, COVID-19.

RECEBIDO EM: 13/03/2022 APROVADO EM: 28/05/2022

Aenne Tavares De Andrade

Resident physician in Family and Community Medicine at the University Center of João Pessoa.
ORCID: 0000-0002-6104-9903

Denise Mota Araripe Pereira Fernandes

Master in family health, professor and preceptor in Family and Community Medicine at the Municipal Health Department of João Pessoa in partnership with the Faculty of Medical Sciences of Paraíba – FCM/PB-Afya.
ORCID ID: 0000-0001-7804-882X

INTRODUÇÃO

The Unified Health System (SUS), enacted in the 1988 Constitution, is based on the universal premise of health as a right for all and a duty of the State. However, one of the great challenges is to guarantee such access in an agile, inclusive and resolute way. Primary Health Care (PHC) is the first level of complexity of the SUS, that is, the gateway to the health service. The user, in order to be guaranteed in the search for health care, respect for such ethical principles, must find a strong and well-structured PHC model, offering the best care to the user.^{1,2}

In Brazil, the Family Health Strategy (FHS) is the model in which PHC finds to guarantee access and constitutional premises. Thus, great demands and tiring waiting time are a reality in Family Health Units (FHU), and this may be enhanced by the lack of qualified listening, commitment of professionals and difficulties of multi and interdisciplinary work.¹

Possibilities to improve users' access are given with the establishment of care devices such as reception. This tool is highlighted in the National Humanization Policy (PNH - Política Nacional de Humanização), developed in 2003, and which has been implementing the principles of the SUS, encouraging solidary exchanges between managers, workers and users.^{3,4}

The PNH proposes, through the welcoming guideline, a way to expand access based on the reorganization of the work process and qualified listening, which can be performed by any member of the team. In order to guarantee not only the service of all users, but the promotion of continuous care, approximation and rapid response to demands that may be raised through the assessment of vulnerability, severity and risk.³

This policy prioritizes that the demands presented by users are heard and accepted without judgment, so that there are no barriers between users and worke-

rs. Thus, all health issues or problems related to the quality of life and well-being of subjects will be important and recognized, legitimizing their voices that seek help directly or indirectly. Qualified listening thus requires the preparation of all professionals to accommodate the unforeseen events that escape any schedule.⁴

In this context, after observing the

The welcoming process was summarized by the team nurse, resulting in work overload and lack of multiprofessional involvement.

operation of the access flow of FHU Unindo Vidas users, especially the Bela Vista 2 team, flaws were identified in the reception process that weakened trust relationships and the bond between professionals and users. There was also a prolonged time to resolve the demands brought by users due to the absence of early interventions, leaving them dissatisfied

and discredited in the health service.

The infamous distribution of cards for medical care - controversial for limiting care, placing him in the role of the doctor as a single subject capable of solving the problems presented, but powerful for organizing the flow and generating some security for users - mixed with the very concept of qualified listening by the team in question, since it happened for an hour in each shift, that is, after a given time, how this user who arrived would be welcomed or not was a daily conflict for the workers.

The welcoming process was summarized by the team nurse, resulting in work overload and lack of multiprofessional involvement. In this way, an inefficient reception was perceived, with prolonged listening time, little identified needs and high demand for referral to medical care.

The present research aims to narrate an experience of improving the reception, identifying the possible flaws and overcoming them through the reorganization of the work processes, and finally offering an increasingly adequate, effective and humanized reception to the users.

METHODS

This is an experience report lived by a resident of Family and Community Medicine, a doctor from the Bela Vista 2 team with approximately 3,400 registered users. This team is part of the Integrated FHU Uniting Lives in João Pessoa (PB). Integrated units are spaces with two or more Family Health teams sharing the same building and strategic space to support care.⁵ The aforementioned medical residency lasts for 2 years, the period during which the study in question was carried out.

The report presented was structured according to the SQUIRE 2.0 protocol.⁶

REPORT DESCRIPTION

During the first month of residency in Family and Community Medicine (MFC - Medicina de Família e Comuni-

dade), it was observed how the reception took place at the USF. This process was performed by a single professional on the team: the nurse, from 7 am to 8 am in the morning shift and from 12 pm to 1 pm in the afternoon. The forms were distributed by the administrative assistant to anyone who arrived between that time. After that, users were instructed to return for the next shift, except in urgent cases, in which the patient was welcomed outside the previously established time.

The experience of the consultations and the learning of the theoretical framework of the MFC led us to the perception that more than 80% of the patients who underwent reception were referred to the doctor and that the removal of the medical records only started after the reception was completed. Thus, users arrived, spoke to the professional listed to receive them, but only after listening to all the patients did they remove the medical records, greatly increasing the waiting time for the beginning of the consultations. This issue became unsustainable in the pandemic, as the waiting time could generate illness and viral spillage. Change was a pressing need, but with the pandemic it has become an unprecedented urgency.

One of the main problems observed and that required a quick intervention was in relation to patients who arrived at the Unit after the time of distribution of the forms. It was inhumane for them to return home without even being heard and welcomed. Therefore, everyone who sought the unit began to be welcomed by any professional from the Unit, usually by a nursing technician. Another change was that the reception was no longer performed exclusively by the nurse. For this, a scale of professionals was created, who were responsible for qualified listening in their respective shifts.

The administrative assistant enhanced his work, taking responsibility for directing users who arrived with an activity already scheduled to their sectors, thus avoiding unnecessary waits and possible confusion at reception. This resulted in

Problem description	Ineffective reception of a Family Health team
Context	Pandemia pelo COVID-19 diminuindo a tolerância do tempo de espera para o atendimento na USF
Intervention	Conversation circle with workers, rethinking the concept of reception based on their previous knowledge, facilitated by the resident and mediated by the preceptor of the Medical Residency Program and MFC
Measures	Description of the report, process of regaining a more structured reception and with people's needs
Ethical considerations	As it is an experience report, the present study was not submitted to the research ethics committee.
Summary	Dialogued processes in the Family Health team that use light technologies that can be used to facilitate the work process should be stimulated, given the power of such tools
Limitations	The study findings cannot be extrapolated, as it is an experience report.

Source: prepared by the authors (2022).

a decrease in the number of people referred to qualified listening, preventing it from extending and interfering in the programmed activities of that professional. Therefore, patients who, for example, sought the Unit in order to receive a vaccine, collect an exam, receive medication or some secondary level referral did not receive forms and were already directed to solve their needs.

A complaint brought by the users themselves was about the long listening and the difficulty in accessing the doctor. Because, during the listening, the professional wanted to solve demands that were not urgent and required time, causing a delay that only postponed the resolution of the users' needs. Realizing this, a flow was created to renew prescriptions for chronic patients. If they did not complain on the day, they would leave the recipe with a professional on the team and return at the end of the day to pick them

up – in specified folders at reception. Thus, the doctor or nurse analyzed the chart in a timely manner and the patient did not stay in the unit.

The strategy used

Through the biweekly meetings, a powerful space for exchanges was created where everyone suggested ideas to reorganize the reception process in order to expand the clinical and listening capacity of the health team, in addition to fostering a critical sense of self-assessment in each worker.

In possession of the knowledge that the reception process is not immutable, nor defined only by health professionals, and that several readjustments are needed during the team experience, fortnightly meetings were agreed between the Bela Vista 2 team. In these conversation circles we used the Freirean method of pedagogy of autonomy, so there were no

educators and students, everything was discussed and problematized, extracting knowledge and experiences, for example, about the peculiarities of each situation experienced by workers during the reception and what changes could be made so that there was an increasing strengthening of the relationship of trust and commitment between the patient and the professional.

These moments also served to make each team member feel motivated and willing to actively participate in the reception. It is worth noting that the Community Health Agents (CHA) played a very important role, since they were always in contact with users beyond the Unit, bringing the population's expectations and complaints directly to the discussion.⁷

DISCUSSION AND RESULTS

Welcoming is essential to user care, as it is a care tool. For effective reception in PHC, qualified listening by workers is necessary, permanently highlighting the demands of users of health services, meeting according to prioritization through a careful assessment of vulnerabilities.⁸ Despite the expressive demand, with the organization of the supply of sufficient

and qualified professionals, it is possible to offer efficient and dignified care to all who seek the USF.

It can thus be seen that the guarantee of access and reception is of paramount importance for the consolidation of the population's universal right to the SUS and requires a change in the work process, with a reorganization of the service, in the sense of always offering a positive response to the user's health problem.⁹ Access and reception, in turn, articulate and complement each other in the implementation of practices in health services, from the perspective of comprehensive care.¹⁰ To guarantee such access, it is necessary to improve user flows within the service, from reception to departure at the end of the service. The moments of discussion of the flows between the teams allowed rescuing the role of each professional inserted in the PHC, giving new meaning and strengthening teamwork, the effectiveness and effectiveness of care and health care.¹¹

In general, the host is recognized as a powerful device to meet the access requirement, providing a link between the team and the population, worker and user, thus questioning the work process and triggering comprehensive care, changing the clinic. For this, it is necessary

to qualify the multidisciplinary team to receive, attend, listen, dialogue, make decisions, support, guide and negotiate. This is a process in which professionals and the unit take responsibility for intervening in a given reality, in their territory of action, from the main health needs, seeking a welcoming and humanized relationship to provide health at the individual and collective levels.¹⁰

CONCLUSION

Therefore, even in the midst of a cruel and devastating pandemic, it is possible to remodel users' access to health through the reception of a qualified and committed team. Despite the visible strengthening of the reception process of the FHU in question, it is always necessary to be reassessed according to the responses of users and professionals to the actions implemented. Reception must take place during the entire time the FHU is open and not restrict responsibility for the act of welcoming a worker in isolation, as reception is not reduced to a stage or a place. It is characterized as a humanized relationship, serving as a mainstay to expand access to PHC and other levels of the SUS.

REFERENCES

- 1 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. Unesco; 2002.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 4 Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15; 2010. p. 3569-3578.
- 5 Soares RS, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *RevBrasMedFam Comunidade*, 13(40):1-8, 2018.
- 6 Grinc G, et al. SQUIRE 2.0-Standards for Quality Improvement Reporting Excellence-Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *J Am Coll Surg*, 222:317-23, 2016.
- 7 Freire, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 9 Silva LAN, et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. *Saúde em Debate*; 2019. v. 43, p. 742-754.
- 10 Souza ECF, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n. 1, p. 100-110, 2008.
- 11 Bragado MJV, Rocha KSG, Oliveira TP, Vergotti BS, Vieira DO, Moreira KFA. Organização do atendimento em saúde durante pandemia do coronavírus: o reflexo do trabalho colaborativo. *Saúde Coletiva (Barueri)*; 2021. 11(68), 7661-7670. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7661-7670>

Qualidade de vida e queixas de dor musculoesquelética em profissionais de um instituto de ensino

Quality of life and complaints of musculoskeletal pain in professionals of an educational institute

Calidad de vida y quejas de dolor musculoesquelético en profesionales de un instituto de enseñanza

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida e a presença de dor musculoesquelética em profissionais dos profissionais de um instituto de ensino federal localizado no município de Ipojuca. Método: estudo transversal que analisou 51 profissionais, com coleta de dados entre março e julho de 2021, através dos instrumentos: formulário sociodemográfico; SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) e o questionário nórdico musculoesquelético. Resultados: Os domínios de QV dos participantes apresentaram valores muito próximos para baixo e alto valor, com destaque negativo para os domínios aspecto emocional e capacidade funcional, evidenciando que a capacidade para realizar as atividades cotidianas e o estado emocional foram impactados pela pandemia. Também, dores em pescoço, ombros e costas foram sentidas por grande parte da amostra, independentemente da idade ou da função. Conclusão: Torna-se útil que as instituições invistam na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, cuja abordagem deve ser subjetiva e multidimensional.

DESCRITORES: Qualidade de vida; Dor musculoesquelética; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Objective: to analyze the quality of life and the presence of musculoskeletal pain in professionals from a federal educational institute located in the city of Ipojuca. Method: a cross-sectional study that analyzed 51 professionals, with data collection between March and July 2021, using the following instruments: sociodemographic form; SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) and the Nordic musculoskeletal questionnaire. Results: The QOL domains of the participants showed very close values for low and high values, with a negative emphasis on the emotional aspect and functional capacity domains, showing that the ability to perform daily activities and emotional state were impacted by the pandemic. Also, neck, shoulder and back pain were felt by most of the sample, regardless of age or function. Conclusion: It is useful for institutions to invest in improving the quality of life of workers, whose approach must be subjective and multidimensional.

DESCRIPTORS: Quality of life; Musculoskeletal pain; Occupational health.

RESUMEN

Objetivo: analizar la calidad de vida y la presencia de dolor musculoesquelético en profesionales de un instituto educativo federal ubicado en la ciudad de Ipojuca. Método: estudio transversal que analizó 51 profesionales, con recolección de datos entre marzo y julio de 2021, utilizando los siguientes instrumentos: ficha sociodemográfica; SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey) y el cuestionario musculoesquelético nórdico. Resultados: Los dominios de la CV de los participantes mostraron valores muy cercanos para valores bajos y altos, con énfasis negativo en los dominios aspecto emocional y capacidad funcional, mostrando que la capacidad para realizar actividades diarias y el estado emocional fueron impactados por la pandemia. Además, la mayoría de la muestra sintió dolor de cuello, hombro y espalda, independientemente de la edad o la función. Conclusión: Es útil que las instituciones inviertan en mejorar la calidad de vida de los trabajadores, cuyo enfoque debe ser subjetivo y multidimensional.

DESCRIPTORES: Calidad de Vida; Dolor Musculoesquelético; Salud Laboral.

RECEBIDO EM: 04/04/2022 **APROVADO EM:** 27/05/2022

Iraneide Nascimento dos Santos

Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Ipojuca (PE), Brazil.

ORCID: 0000-0001-8449-7840

Guilherme de Andrade Ruela

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Governador Valadares (MG), Brazil.

ORCID: 0000-0001-6976-8710

Érica Barbosa Magueta SilvaUniversidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Governador Valadares (MG), Brazil.
ORCID: 0000-0002-1482-2908**Patrick Ferreira da Silva**Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS), Porto Alegre (RS), Brazil.
ORCID: 0000-0002-9115-2047**Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves**Instituto Federal de Pernambuco (IFPE), Pesqueira (PE), Brazil.
ORCID: 0000-0003-1260-1623**INTRODUÇÃO**

O trabalho, atividade essencial ao ser humano, é imprescindível para aquisição do sustento próprio e de sua família, tornando-se central na vida daquele que o exerce. A partir dele, são produzidos bens de consumo, laborar e consumir, representando a própria condição de vida, que pode provocar contentamentos e fadigas.¹ Dessa forma, se o trabalho não ocorrer em ambiente salutar, pode ocasionar danos à integridade física, psíquica e social do laborioso.

As empresas neste mundo globalizado têm que atender as necessidades humanas, levando em consideração também as necessidades mercadológicas, e no setor educacional não seria diferente. Essas mudanças têm alterado os moldes dos sistemas educativos nos seus aspectos físicos e organizacionais, com novos modelos de gestão, seguindo a lógica de mercado, a partir dos princípios da economia neoliberal, orientados pelas noções de eficiência, produtividade e excelência.² Nessa conjectura, os docentes, como também outros profissionais, que atuam seguindo essa nova forma de laborar, sofrem com a precarização do trabalho, a perda de autonomia e pela condição de vida dos alunos.³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),⁴ o conceito de QV depende da percepção que cada indivíduo possui em relação a sua disposição na vida: sua cultura, objetivos, padrões, preocupações e expectativas. Embora seja um conceito complexo, uma abordagem subjetiva e multidimensional, incluindo

**Segundo a
Organização Mundial
da Saúde (OMS),
o conceito de QV
depende da percepção
que cada indivíduo
possui em relação
a sua disposição na
vida: sua cultura,
objetivos, padrões,
preocupações e
expectativas.**

a saúde física e psicológica e as relações sociais, pode contribuir para a sua avaliação.⁵ Já a Qualidade de Vida no Trabalho - QVT, que é o objeto deste estudo, é um termo utilizado para expressar a ampla experiência vivenciada pelo indivíduo no tocante ao trabalho, consiste em conjunto de ações visando as melhorias e inovações gerenciais, estruturais e tecnológicas no ambiente laboral, como também fora dele, envolvendo temas direcionados ao bem-estar do indivíduo como um todo.⁶

Principalmente em tempos de pandemia, a QVT dos profissionais da educação pode ser impactada em virtude do isolamento social imposto, pois, o labor à distância pode acarretar desmotivação, afastamento dos colegas e menor comprometimento organizacional ao trabalhar inteiramente em casa,⁷ que pode ser agravado pela pouca ou ausência de treinamento para utilização das tecnologias de comunicação e informação para ensino-aprendizagem e trabalho administrativo à distância. Além disso, as condições laborais domiciliares, frequentemente improvisadas, sem as devidas orientações e adaptações ergonômicas podem ocasionar alterações musculoesqueléticas. Revisão integrativa evidenciou uma elevação do relato de dores osteomusculares, sobretudo na região lombar, durante a pandemia em teletrabalhadores.⁸

Além dos fatores ergonômicos do ambiente laboral, fatores de risco individuais e/ou psicossociais podem ter um importante papel no desenvolvimento de distúrbios osteomusculares. Esses distúrbios são decorrentes da utilização excessiva do sistema osteomuscular e da falta de tem-

po para recuperação dessas estruturas, com sintomatologia de aparecimento insidioso que inclui dor crônica, parestesia, sensação de peso e fadiga, principalmente em membros superiores, com consequências graves como a incapacidade para o trabalho, temporária ou até permanente.⁹ Conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, entre 2007 a 2016, foram notificados 67.599 casos de Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbio Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - LER/Dort, pois esses agravos constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, e houve aumento dos coeficientes de incidência de 3,5/100 mil trabalhadores em 2007 para 9,6/100 mil em 2016, o que representou uma elevação de 170,5% em todo o período do estudo.⁹ Desse modo, espera-se uma tendência de crescimento de queixas osteomusculares, ao considerar a pandemia ainda vigente e a atuação de trabalhadores em homeoffice.

Diante disso, apareceram as seguintes questões norteadoras: Qual é a qualidade de vida dos profissionais de um instituto de ensino federal no município de Ipojuca? Estes profissionais apresentaram dores musculoesquelética no período do estudo? A importância da temática envolve a geração de informações essenciais para melhorar as estratégias de prevenção do adoecimento relacionado ao trabalho, com vistas a proporcionar a adaptação dos ambientes de trabalho aos trabalhadores, melhora das condições laborais e consequentemente, da qualidade de vida desses. Além disso, o estudo sobre QV nas organizações públicas, é uma questão incipiente, como também se encontra como campo científico de interesse ainda restrito.

O objetivo geral deste artigo foi analisar a QV e a presença de dor musculoesquelética em profissionais de um instituto de ensino federal localizado no município de Ipojuca.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de

delineamento transversal, com abordagem quantitativa do tipo inquérito, cujo instrumento foi enviado eletronicamente. A pesquisa foi realizada com os profissionais de uma Instituição Federal de Ensino Tecnológico localizada no município de Ipojuca (PE), de médio porte, com 838 alunos matriculados nos cursos de técnicos de mecânica, segurança do trabalho, automação industrial, construção naval e petroquímica, e superiores de química e engenharia mecânica em 2021.² A escolha desse cenário foi por conveniência e se deve ao fato de que a questão norteadora deste estudo surgiu a partir das dificuldades sentidas e relatadas pelos profissionais deste instituto durante a pandemia.

O dimensionamento do tamanho amostral foi realizado considerando população com cerca de 70 professores, 45 administrativos e 20 terceirizados, totalizando cerca de 135 profissionais, baseado em nível de confiança de 95% para assumir um erro máximo associado de 5%, a amostra seria composta por 100 sujeitos, sem considerar uma perda de 20%, por exemplo, referente a profissionais afastados. Contudo, devido à dificuldade dos terceirizados acessarem a tecnologia necessária ao preenchimento dos formulários on line e restrições impostas pela pandemia para levar os instrumentos até os mesmos, a amostra foi composta por 51 profissionais. Os formulários referentes aos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e instrumentos de pesquisa, elaborados no Google Forms, foram enviados aos e-mails institucionais de todos os participantes e grupos de WhatsApp das coordenações dos cursos e departamentos administrativos do instituto.

Definiram-se como critério de exclusão, os profissionais que estavam de férias, afastados ou de licença durante a coleta de dados e os que apresentaram alguma condição que impossibilitou a participação, ser estagiário e/ou com idade inferior a 18 anos.

A coleta de dados foi feita utilizando os seguintes instrumentos: formulário sobre aspectos sociodemográficos, foi

criado um instrumento específico para caracterizar os sujeitos; o SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) para análise da qualidade de vida e o questionário nórdico musculoesquelético para identificar a prevalência de dores musculoesqueléticas na população.

O primeiro instrumento foi semiestruturado, apresentou questões subdivididas em dados pessoais e em questões referentes ao trabalho (gênero, idade, função, escolaridade, atuação em cargo de direção/coordenação, tempo de serviço, carga horária e vínculo empregatício).

O SF - 36 que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional (realização de atividades diárias como cuidar-se, vestir-se, tomar banho, subir escadas), aspectos físicos (efeitos na saúde física em relação às atividades diárias e ou profissional), dor (nível de dor e impacto durante as atividades diárias e ou profissional), estado geral da saúde (percepção subjetiva do estado geral da saúde), vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde), aspectos sociais (reflexo das condições saúde física nas atividades sociais), aspectos emocionais (reflete o estado emocional durante as atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escalas de humor e bem-estar). Apresenta um escore que vai de 0 (zero) a 100 (obtido por meio de cálculo do Raw Scale), onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde, não existindo um único valor que resuma toda a avaliação, sendo analisada cada dimensão em separado.¹⁰

O questionário Nórdico Musculoesquelético apresenta uma figura do corpo humano dividido em nove regiões: ombros, cotovelos, punho/mão, pescoço, parte superior e inferior das costas, quadris/coxas, joelhos e tornozelos/pés. Em cada uma dessas regiões o respondente marca sobre a ocorrência de dor ou formigamento/ dormência nos últimos 12 meses e nos últimos sete dias, a procura

por profissionais de saúde devido aos sintomas nos últimos 12 meses e o impedimento para realizar atividades de vida diária devido aos sintomas.¹¹

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2021 e só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Serão (CAAE: 2379420.0.0000.8052) e Parecer Consubstanciado (Número: 4.703.771). Também, foram seguidos os princípios éticos que constam na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram classificados de forma sistemática. A distribuição de frequências foi utilizada para avaliar as características gerais da amostra e também para investigar possíveis erros de digitação dos dados brutos. Os dados foram exportados do Microsoft Excel para análise estatística no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.0, por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, e medidas de tendência central e dispersão). Para a análise do SF-36, a categorização das variáveis ocorreu de acordo com o corte mediano dos escores.

RESULTADOS

Entre os 51 participantes, foi identificada a prevalência do gênero feminino (62,7%; n=32), com idade média de 44,18 anos (DP±9,65) e titulação de mestrado (51,0%; n=26). Quanto ao perfil laboral, a maioria trabalhava como servidor público (98,0%; n=50), sem cargo de direção/coordenação (74,5%; n=38), contudo, atuando na docência (64,3%; n=33), com carga horária média de 34,97 horas (DP±10,94) e tempo de trabalho médio de 11,70 anos (DP±9,65) (Tabela 1).

A tabela 2 retrata a distribuição dos domínios de qualidade de vida, obtidos de acordo com os escores. Verificou-se que o domínio de saúde mental obteve a maior média, enquanto que o de aspecto emocional demonstrou a menor sob as demais.

Quanto à análise de qualidade de vida,

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas dos participantes. Ipojuca, PE, Brasil. (N=51)

Variáveis	N (%)
Gênero	
Feminino	32 (62,7)
Masculino	19 (37,3)
Idade	
Mínimo – Máximo	29 - 65
Média - Desvio Padrão	44,18 - 9,65
Escolaridade	
Graduação	2 (3,9)
Especialização/MBA	12 (23,5)
Mestrado	26 (51,0)
Doutorado	9 (17,6)
Pós-Doutorado	2 (3,9)
Tipo de vínculo empregatício	
Servidor Público	50 (98,0)
Funcionário Celetista	1 (2,0)
Tem cargo de direção/coordenação?	
Sim	13 (25,5)
Não	38 (74,5)
Função	
Administrativo	8 (15,8)
Assessoria de comunicação	1 (2,0)
Bibliotecário	1 (2,0)
Docente	33 (64,3)
Jornalista	1 (2,0)
Técnico	7 (13,9)
Modalidade de carga horária (horas)	
Mínimo - Máximo	6 - 40
Média - Desvio Padrão	34,97 - 10,94
Tempo de serviço (anos)	
Mínimo - Máximo	5 - 44
Média - Desvio Padrão	11,70 - 9,65

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

verificou-se que os participantes demonstraram resultados inferiores para todos os domínios, inclusive para a QV geral (Tabela 3).

A tabela 4 exibe os resultados do questionário nórdico musculoesquelético, apontando que, no último ano, os entrevistados relataram dor no pescoço (60,8%; n=31), ombros (62,7%; n=32), nas partes superior (66,7%; n=34) e inferior das costas (56,9%; n=29). Entretanto, nenhum referiu limitações para realizar atividades normais ou buscou atendimento com algum profissional pelos problemas mencionados. Quando questionados sobre problemas na última semana, também se verificou que não houve respostas afirmativas.

No que se refere à distribuição da escala de dor pelas regiões supracitadas, a tabela 5 demonstra que as maiores médias foram vistas nas regiões lombar e do pescoço. Por outro lado, as menores foram observadas no cotovelo e quadril/coxas.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a QV e a presença de dor musculoesquelética em profissionais de um instituto de ensino federal localizado no município de Ipojuca. Sobre o perfil sociodemográfico, verificou-se que a predominância do gênero feminino diferente de outros autores.^{12,13} Em pesquisa realizada por Santos e Junior¹⁴ no Instituto Federal da Bahia - IFBA, verificou-se a prevalência de professores do gênero masculino, cuja faixa etária se assemelha ao nosso estudo. É interessante mencionar que o fato de possuir mais homens do que mulheres no campus do IFBA, foi atribuído ao tipo de curso ofertado neste local (eletromecânica e informática).

Em relação à titulação, os dados são condizentes com o perfil geral de qualificação dos docentes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, no qual a maioria são mestres (52,37%) ou doutores (27,67%), indicando que os docentes que atuam na Rede Federal possuem um elevado grau de qualificação.¹⁵ Importante men-

Tabela 2. Distribuição dos domínios de qualidade de vida. Ipojuca, PE, Brasil. (N=51)

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Amplitude	Desvio Padrão
Aspecto emocional	1,00	2,00	1,45	1,00	0,50
Aspecto Social	2,00	10,00	7,20	8,00	2,07
Capacidade funcional	17,00	30,00	26,94	13,00	2,93
Dor	4,00	11,00	8,58	7,00	1,87
Estado geral de saúde	8,40	22,00	16,29	13,60	3,05
Limitação por aspecto físico	3,00	6,00	5,33	3,00	0,99
Saúde Mental	10,00	30,00	21,55	20,00	4,39
Vitalidade	6,00	23,00	14,90	17,00	3,83
Qualidade de vida geral	61,00	133,00	105,48	72,00	15,30

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

Tabela 3 - Análise dos domínios de QV. Ipojuca, PE, Brasil. (N=51)

Domínios	N (%)
Aspecto emocional	
Baixo aspecto emocional	31 (60,8)
Alto aspecto emocional	20 (39,2)
Aspecto social	
Baixo aspecto social	27 (52,9)
Alto aspecto social	24 (47,1)
Capacidade funcional	
Baixa capacidade funcional	31 (60,8)
Alta capacidade funcional	20 (39,2)
Dor	
Baixa dor	26 (51,0)
Alta dor	25 (49,0)
Estado geral de saúde	
Baixo estado geral de saúde	26 (51,0)
Alto estado geral de saúde	25 (49,0)
Limitação por aspecto físico	
Baixa limitação	51 (100,0)

cionar que há carência de estudos que avaliem o perfil de técnicos administrativos em educação, predominando publicações relacionados ao perfil de docentes.

Os achados deste estudo apontam para o fato de que os domínios de QV em relação ao questionário SF-36, que inclui as condições de vida e saúde, a maioria dos domínios foram superiores à 50%, mas com valores muito próximos para baixo e alto valor, respectivamente, no tocante ao aspecto social (52,9%/47,1%), à dor (51%/49%), ao estado geral da saúde (51%/49%), saúde mental (52%/47,1%), vitalidade (52%/47,1%) e qualidade de vida (51%/49%), evidenciando que nesses aspectos nenhum domínio se destacou. Do mesmo modo, estudo que avaliou a qualidade de vida dos professores de Educação Física escolar em Catolé do Rocha-PB por meio do SF-36, evidenciou que os domínios aspectos sociais, dor, estado geral de saúde e saúde mental tiveram um equilíbrio.¹⁶

Ainda em relação aos domínios de QV, os componentes que avaliaram os aspectos emocional e da capacidade funcional obtiveram médias abaixo de 40% para alto aspecto emocional e alta capacidade funcional. Esses achados podem significar que a capacidade para realizar as atividades cotidianas e o estado emocional foram impactados pelas mudanças recentes no modo de viver e trabalhar ocasionada pela pandemia, afetando as relações no trabalho e interpessoais, que são componentes essenciais para a QV, podendo refletir no bem estar, na motivação e na produtividade.

Estudos demonstram que na profissão da docência, cujo desgaste intelecto-emocional está sempre presente, os riscos de saúde expostos como: ambientes de trabalhos e condições adversas, sem perspectivas profissionais, somado aos problemas pessoais, preocupa cada vez mais os docentes, visto que eles são potenciais candidatos ao desenvolvimento de doenças variadas, ligadas ou não ao aspecto emocional associado a baixa vitalidade. Eles próprios têm consciência de que essas situações provocam baixa imunidade e repercussões nas

Alta limitação	0 (0,0)
Saúde mental	
Baixa saúde mental	27 (52,9)
Alta saúde mental	24 (47,1)
Vitalidade	
Baixa vitalidade	27 (52,9)
Alta vitalidade	24 (47,1)
Qualidade de vida	
Baixa qualidade de vida	26 (51,0)
Alta qualidade de vida	25 (49,0)

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

Tabela 4 - Análise do questionário nórdico musculoesquelético. Ipojuca, PE, Brasil. (N=51)

Variáveis	Nos últimos doze meses você teve problemas (como dor, formigamento/dormência) em:	Nos últimos doze meses, você foi impedido (a) de realizar atividades normais por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema em:	Nos últimos doze meses, você consultou algum profissional da área de saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:	Nos últimos sete dias, você teve algum problema em:
Pescoço				
Sim	31 (60,8)	8 (15,7)	6 (11,8)	20 (39,2)
Não	20 (39,2)	43 (84,3)	45 (88,2)	31 (60,8)
Ombros				
Sim	32 (62,7)	10 (19,6)	6 (11,8)	13 (25,5)
Não	19 (37,3)	41 (80,4)	45 (88,2)	38 (74,5)
Parte superior das costas				
Sim	34 (66,7)	9 (17,6)	7 (13,7)	15 (29,4)
Não	17 (33,3)	42 (82,4)	44 (86,3)	36 (70,6)
Cotovelos				
Sim	9 (17,6)	5 (9,8)	3 (5,9)	6 (11,8)
Não	42 (82,4)	46 (90,2)	48 (94,1)	45 (88,2)
Parte inferior das costas				
Sim	29 (56,9)	15 (29,4)	7 (13,7)	17 (33,3)
Não	22 (43,1)	36 (70,6)	44 (86,3)	34 (66,7)
Punho/mãos				
Sim	23 (45,1)	12 (23,5)	7 (13,7)	15 (29,4)

suas condições de saúde geral, favorecendo estados gripais constantes, enxaquecas, labirintites, crises hipertensivas, estados depressivos, problemas dermatológicos, entre outros.^{17,18} Salienta-se que, os docentes representam (66,3%) dos participantes deste estudo.

Nesta perspectiva, considera-se que os todos os domínios abordados de QV (aspecto emocional, aspecto social, capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, limitação por aspecto físico, saúde mental, vitalidade, qualidade de vida) repercutem na esfera de vida geral, no qual incluem as satisfações, experiências, relações sociais e bem estar de um indivíduo e da comunidade em que está inserido, o que corrobora com os dados do Anuário Estatístico da Educação Profissional Técnica e Tecnológica.¹⁹

Os domínios de QV no âmbito institucional podem ser promovidos através de programas. Estes, com vistas a melhoria da QVT, devem priorizar as medidas de redução dos riscos para a saúde das pessoas nas organizações como proposta, frente a situação de qualidade de vida sugerem-se incluir programas que ofereçam melhoria na saúde mental, organização da dinâmica de trabalho, programas educacionais e abordagens para avaliação da qualidade de vida e bem-estar, programas de aconselhamento e orientação científico-cultural, estratégias que identificam as dificuldades vivenciadas pelos profissionais favorecendo a busca por soluções nos processos de trabalho, acompanhamento do nível de satisfação regularmente, realização de seções auriculoterapia, ginástica laboral e o incentivo à prática de exercícios físicos rotineiros.²⁰

Nesse sentido, estudo qualitativo de abrangência nacional realizado com professores, de diversos níveis de ensino, apontou que a prática de atividade física, de meditação e yoga, além da adoção de alimentação equilibrada, foram estratégias adotadas para aumentar o bem-estar físico e a estabilidade emocional durante a pandemia.²¹ Por isso, torna-se importante as organizações investirem em programas de qualidade de vida que apresentem estraté-

Não	28 (54,9)	39 (76,5)	44 (86,3)	36 (70,6)
Quadril/coxas				
Sim	12 (23,5)	4 (7,8)	4 (7,8)	4 (7,8)
Não	39 (76,5)	47 (92,2)	47 (92,2)	47 (92,2)
Joelhos				
Sim	15 (29,4)	5 (9,8)	5 (9,8)	9 (17,6)
Não	36 (70,6)	46 (90,2)	46 (90,2)	42 (82,4)
Tornozelo/pés				
Sim	14 (27,5)	6 (11,8)	7 (13,7)	7 (13,7)
Não	37 (72,5)	45 (88,2)	44 (86,3)	44 (86,3)

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

Tabela 5 - Distribuição da escala de dor. Ipojuca, PE, Brasil. (N=51)

Regiões	Mínimo	Máximo	Média	Amplitude	Desvio Padrão
PESCOÇO	0,0	10,0	2,98	10,0	2,94
OMBROS	0,0	10,0	2,78	10,0	3,14
COTOVELO	0,0	9,0	0,86	9,0	2,27
PUNHOS	0,0	10,0	1,82	10,0	2,90
REGIÃO TORÁCICA	0,0	9,0	1,12	9,0	2,40
REGIÃO LOMBAR	0,0	10,0	3,61	10,0	3,27
QUADRIL/COXAS	0,0	8,0	0,98	8,0	1,98
JOELHOS	0,0	9,0	1,51	9,0	2,71
TORNOZELO/PÉS	0,0	10,0	1,43	10,0	2,73

Fonte: Elaboração dos autores, 2021

gias ativas, com foco em ter trabalhadores suficientemente ativos não só durante a pandemia, como também depois.

Adicionalmente, para a implantação de um programa de QVT que produza resultados satisfatórios para a empresa e seus trabalhadores necessita-se de processo criterioso de padrões de qualidade e do comprometimento da gestão executiva da empresa,²² quando as intervenções implicam nas potencialidades e singularidades de indivíduos/grupos, para promover a equidade, ampliar a saúde, reduzir as vulnerabilidades e riscos decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.²³

No último ano, apesar da maioria dos participantes não ter procurado profissio-

nal de saúde em razão de dor musculoesquelética (DME), esta é uma realidade presente na vida de grande parte dos participantes, principalmente em algumas localizações específicas, tais como pescoço, ombros e costa. E no tocante à escala de dor, as maiores médias foram identificadas na região lombar e pescoço. Uma maior prevalência de DME nesses locais também já foi vista entre os professores de uma outra instituição federal brasileira e foi inferido que pode estar relacionado a características pessoais, de saúde e até mesmo de organização do trabalho e ergonômicas. É preciso reconhecer os riscos e intervir para a redução da prevalência da DME, contribuindo assim para a diminuição de incapacidades, aumento da qualidade de vida

e educação de alta qualidade,²⁴ considerando que a DME é o sintoma mais frequente dos distúrbios musculoesqueléticos, com grande impacto na vida e sociedade como um todo.²⁵

Outro estudo internacional confirma os achados, onde foi observada uma elevada prevalência de alterações musculoesqueléticas entre professores, bem como seus impactos negativos na qualidade de vida.²⁶ Cabe ressaltar que demais profissionais também sofrem com essa condição, que impacta o trabalho no sentido de absenteísmo, presenteísmo, aposentadorias precoces, entre outras questões, sobretudo quando a dor é crônica.²⁷

Em uma instituição de ensino federal foi observado que a prevalência de DME em diversos locais do corpo foi elevada entre os técnicos administrativos, tanto nos últimos 12 meses como nos últimos 7 dias, trazendo a discussão da relevância da

DME crônica.²⁸ Ainda assim, a qualidade de vida da população estudada foi considerada satisfatória, o que deve ser preservado e estimulado a uma melhoria contínua.²⁸

Nossos achados convergem com pesquisas já realizadas com grupos semelhantes, destacando a importância do assunto, bem como indicando a necessidade maiores estudos e intervenções junto à população trabalhadora. As limitações da pesquisa são em relação ao estudo transversal, não possibilitando inferir causalidade, bem como foi contemplada uma amostra pequena e não foram realizadas análises entre diferentes variáveis a fim de verificar eventuais associações entre a QV e DME.

CONCLUSÃO

Os profissionais do instituto de ensino federal localizado no município de Ipojuca apresentaram os domínios de QV com

valores muito próximos para baixo e alto valor, com destaque negativo para os domínios aspecto emocional e capacidade funcional, evidenciando que a capacidade para realizar as atividades cotidianas e o estado emocional foram impactados pelas mudanças recentes no modo de viver e trabalhar ocasionada pela pandemia. Também, o estudo revelou que dores em pescoço, ombros e costas foram sentidas por grande parte da amostra, independente da idade ou da função. Assim, torna-se útil que as instituições invistam na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, cuja abordagem deve ser subjetiva e multidimensional, nos níveis gerenciais, estruturais e tecnológicos da empresa, a fim de alcançar a melhoria ou elevado padrão de bem-estar na vida das pessoas, o que refletirá também na redução das queixas de dor osteomuscular.

REFERÊNCIAS

- Jansson I, Wagman P. Hannah Arendt's vita activa: A valuable contribution to occupational science. *J Occup Sci.* 2017;24(3):290-301. <https://doi.org/10.1080/14427591.2016.1277780>
- Carlotto MS, Câmara SG. Prevalence and predictors of Burnout Syndrome among public elementary school teachers. *Anál. Psicol.* 2019;37(2):135-146. <https://doi.org/10.14417/ap.1471>
- Landini SR. Trabalho docente, precarização e quadros de adoecimento. *Revista FAEBA.* 2008;17(30):117-128 [acesso em 22 Jan. 30]. Disponível em: <http://www.revistadafaeaba.uneb.br>
- World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva: WHO; 1997 [acesso 21 nov. 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63482>
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ.* 2001;322(7296):1240-3. Doi: 10.1136/bmj.322.7296.1240
- Gramms LC. Gestão da qualidade de vida no trabalho. *Cutitiba: Intersaberes,* 2017.
- De Vries H, Tummers L, Bekkers V. The benefits of teleworking in the public sector: reality or rhetoric? *Rev Public Pers Adm.* 2018;28:1-22. <https://doi.org/10.1177/0734371X18760124>
- Santos IN, Pernambuco ML, Silva AMB, Ruela GA, Oliveira AS. Association between musculoskeletal pain and telework in the context of the COVID 19 pandemic: an integrative review. *Rev Bras Med Trab.* 2021;19(3):342-350. <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2021-812>
- Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [Internet]. 2020. [acesso 02 nov 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf
- Laguardia J, Campos MR, Travassos CM, Vasconcellos MM, Najjar AL, Anjos LA. Avaliação psicométrica do questionário SF-36 (v.2) em amostra de probabilidade de domicílios brasileiros: resultados da pesquisa Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSO), Brasil, 2008. *Saúde Qual Life Outcomes* 2011;9:61. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-61>
- Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validity of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire as morbidity measurement tool. *Rev Saude Publica.* 2002;36(3):307-12. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000300008>
- Almeida L de, Martins FD, Bagnara IC, Lang AMR, Boscatto JD. Perfil dos docentes de educação física dos Institutos Federais. *PROFEPT [Internet].* 2020;4(2):154-73. <https://doi.org/10.36524/profept.v4i2.538>
- Pires AP, Bahia MGM, Ferreira SAB, Caires VG. Professores do ensino básico, técnico e tecnológico: perfil e atuação profissional. *Rev.cted [Internet].* 2017;3(2):109-26. <https://doi.org/10.22476/revcted.v6.id382>

14. Santos AV, Junior MAS. Características de professores de um Campus da Rede Federal: análise de aspectos pessoais, profissionais e sociais. RBEPT [Internet]. 2020;1(18):9277. <https://doi.org/10.15628/rbept.2020.9277>
15. Linkowski JAS, Campolin LC, Raymundo GMC. Docência para educação profissional e tecnológica: aproximando diálogos. Educa [Internet]. 2020;7:300-314. <https://doi.org/10.26568/2359-2087.2020.4101>
16. Bezerra AS. A qualidade de vida dos professores de educação física escolar da rede pública e privada de Catolé do Rocha-PB. Arq. Bras. Ed. Fis. 2018;1(1):111-8. <https://doi.org/10.20873/abef.v1i1.4931>
17. Sanchez HM et al. Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. Ciênc. saúde coletiva 2019;24(11):4111-4123. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28712017>
18. Bogaer I et al. Associations between different types of physical activity and teachers' perceived mental, physical, and work-related health. BMC public health, 2014;14(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-534>
19. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopse Estatística da Educação Profissional e Tecnológica – 2019. Brasília: Inep, 2021 [acesso 15 dez. 2021]. Disponível em: <https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas>
20. Felício H. A. et al. Qualidade de vida e condições ergonômicas em trabalhadores de um laboratório de saúde pública. Rev. Bras. Promoc. Saúde [Internet] 2021;34. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.11017>
21. Sampaio MAL, Costa JM, Barbosa LNF, Melo MCB, Santos CS. A docência nos tempos de pandemia: um estudo sobre as vivências de professores brasileiros durante o período de isolamento. Saud. Coletiv (Barueri) [Internet]. 2022;12(74):10027-39. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i74p10027-10039>
22. Galassi C. A Relação Entre a Qualidade de Vida no Trabalho e a Área de Higiene e Segurança do Trabalho. Saud. Pesq. 2015 [acesso 30 dez. 2021];8:65-78. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3760>
23. Santos EC, Espinosa MM, Marcon SR. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. Acta Paul Enferm. 2020;33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00286>
24. Kraemer K, Moreira MF, Guimarães B. Musculoskeletal pain and ergonomic risks in teachers of a federal institution. Rev Bras Med Trab. 2020;18(3):343-351. <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2020-608>
25. Blyth FM, Briggs AM, Schneider CH, Hoy DG, March LM. The global burden of musculoskeletal pain—where to from here? Am J Public Health. 2019;109(1):35–40. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304747>
26. Karakaya İÇ, Karakaya MG, Tunç E, Kihitir M. Musculoskeletal problems and quality of life of elementary school teachers. Int J Occup Saf Ergon. 2015;21(3):344–50. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1035921>
27. Patel AS, Farquharson R, Carroll D, et al. The impact and burden of chronic pain in the workplace: a qualitative systematic review. Pain Pract. 2012;12(7):578–589. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2012.00547.x>
28. Lima TBWe, Albuquerque JR, Fagundes MG, Coutinho CCC. Prevalence of musculoskeletal complaints and quality of life among administrative technicians. Rev. Bras. Med. Trab.2020;18(1):45-50. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520200445>

Quality of life and complaints of musculoskeletal pain in professionals of an educational institute

Qualidade de vida e queixas de dor musculoesquelética em profissionais de um instituto de ensino

Calidad de vida y quejas de dolor musculoesquelético en profesionales de un instituto de enseñanza

RESUMO

Objetivo: analisar a qualidade de vida e a presença de dor musculoesquelética em profissionais de um instituto de ensino federal localizado no município de Ipojuca. Método: estudo transversal que analisou 51 profissionais, com coleta de dados entre março e julho de 2021, através dos instrumentos: formulário sociodemográfico; SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) e o questionário nórdico musculoesquelético. Resultados: Os domínios de QV dos participantes apresentaram valores muito próximos para baixo e alto valor, com destaque negativo para os domínios aspecto emocional e capacidade funcional, evidenciando que a capacidade para realizar as atividades cotidianas e o estado emocional foram impactados pela pandemia. Também, dores em pescoço, ombros e costas foram sentidas por grande parte da amostra, independentemente da idade ou da função. Conclusão: Torna-se útil que as instituições invistam na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores, cuja abordagem deve ser subjetiva e multidimensional.

DESCRITORES: Qualidade de vida; Dor musculoesquelética; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Objective: to analyze the quality of life and the presence of musculoskeletal pain in professionals from a federal educational institute located in the city of Ipojuca. Method: a cross-sectional study that analyzed 51 professionals, with data collection between March and July 2021, using the following instruments: sociodemographic form; SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) and the Nordic musculoskeletal questionnaire. Results: The QOL domains of the participants showed very close values for low and high values, with a negative emphasis on the emotional aspect and functional capacity domains, showing that the ability to perform daily activities and emotional state were impacted by the pandemic. Also, neck, shoulder and back pain were felt by most of the sample, regardless of age or function. Conclusion: It is useful for institutions to invest in improving the quality of life of workers, whose approach must be subjective and multidimensional.

DESCRIPTORS: Quality of life; Musculoskeletal pain; Occupational health.

RESUMEN

Objetivo: analizar la calidad de vida y la presencia de dolor musculoesquelético en profesionales de un instituto educativo federal ubicado en la ciudad de Ipojuca. Método: estudio transversal que analizó 51 profesionales, con recolección de datos entre marzo y julio de 2021, utilizando los siguientes instrumentos: ficha sociodemográfica; SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey) y el cuestionario musculoesquelético nórdico. Resultados: Los dominios de la CV de los participantes mostraron valores muy cercanos para valores bajos y altos, con énfasis negativo en los dominios aspecto emocional y capacidad funcional, mostrando que la capacidad para realizar actividades diarias y el estado emocional fueron impactados por la pandemia. Además, la mayoría de la muestra sintió dolor de cuello, hombro y espalda, independientemente de la edad o la función. Conclusión: Es útil que las instituciones inviertan en mejorar la calidad de vida de los trabajadores, cuyo enfoque debe ser subjetivo y multidimensional.

DESCRIPTORES: Calidad de Vida; Dolor Musculoesquelético; Salud Laboral.

RECEBIDO EM: 04/04/2022 APROVADO EM: 27/05/2022

Iraneide Nascimento dos Santos

Federal Institute of Pernambuco (IFPE), Ipojuca (PE), Brazil.

ORCID: 0000-0001-8449-7840

Guilherme de Andrade Ruela

Federal University of Juiz de Fora (UFJF), Governador Valadares (MG), Brazil.

ORCID: 0000-0001-6976-8710

Érica Barbosa Magueta Silva

Federal University of Juiz de Fora (UFJF), Governador Valadares (MG), Brazil.
ORCID: 0000-0002-1482-2908

Patrick Ferreira da Silva

Federal University of Rio Grande do Sul (UFGRS), Porto Alegre (RS), Brazil.
ORCID: 0000-0002-9115-2047

Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves

Federal Institute of Pernambuco (IFPE), Pesqueira (PE), Brazil.
ORCID: 0000-0003-1260-1623

INTRODUCTION

Work, an essential activity for human beings, is essential for the acquisition of their own sustenance and that of their family, becoming central in the life of those who exercise it. From it, consumer goods are produced, working and consuming, representing the very condition of life, which can cause contentment and fatigue.¹ Thus, if the work does not take place in a healthy environment, it can cause damage to the physical, psychological and social integrity of the worker.

Companies in this globalized world have to meet human needs, also taking into account market needs, and in the educational sector it would be no different. These changes have altered the molds of educational systems in their physical and organizational aspects, with new management models, following the logic of the market, based on the principles of neoliberal economics, guided by the notions of efficiency, productivity and excellence.² In this conjecture, teachers, as well as other professionals, who work following this new way of working, suffer from the precariousness of work, the loss of autonomy and the students' living conditions.³

According to the World Health Organization (WHO),⁴ the concept of QoL depends on the perception that each individual has in relation to their disposition in life: their culture, goals, standards, concerns and expectations. Although it is a complex concept, a subjective and multidimensional approach,

According to the World Health Organization (WHO),⁴ the concept of QoL depends on the perception that each individual has in relation to their disposition in life: their culture, goals, standards, concerns and expectations.

including physical and psychological health and social relationships, can contribute to its assessment.⁵ On the other hand, Quality of Working Life - QWL, which is the object of this study, is a term used to express the broad experience lived by the individual with regard to work, consists of a set of actions aimed at managerial, structural and technological improvements and innovations in the work environment, as well as outside it, involving themes aimed at the well-being of the individual as a whole.⁶

Especially in times of a pandemic, the QWL of education professionals can be impacted due to the social isolation imposed, as remote work can lead to demotivation, withdrawal from colleagues and less organizational commitment when working entirely from home,⁷ which can be aggravated by the little or absence of training in the use of communication and information technologies for teaching-learning and administrative work at a distance. In addition, home working conditions, often improvised, without proper guidance and ergonomic adaptations can cause musculoskeletal changes. An integrative review showed an increase in the report of musculoskeletal pain, especially in the lumbar region, during the pandemic in teleworkers.⁸

In addition to ergonomic factors in the work environment, individual and/or psychosocial risk factors may play an important role in the development of musculoskeletal disorders. These disorders result from the excessive use of the musculoskeletal system and the lack of

time to recover these structures, with insidious symptoms that include chronic pain, paresthesia, feeling of heaviness and fatigue, especially in the upper limbs, with serious consequences such as temporary or even permanent incapacity for work.⁹ According to data from the Notifiable Diseases Information System - Sinan, between 2007 and 2016, 67,599 cases of Repetitive Strain Injuries/Work-Related Musculoskeletal Disorders - RSI/WRMD were reported, as these diseases are included in the national list of notifiable diseases, and there was an increase in incidence coefficients from 3.5/100,000 workers in 2007 to 9.6/100,000 in 2016, which represented an increase of 170.5% over the entire study period.⁹ Thus, a growing trend in musculoskeletal complaints is expected, considering the pandemic still in force and the work of home-office workers.

In view of this, the following guiding questions appeared: What is the quality of life of professionals at a federal educational institute in the municipality of Ipojuca? Did these professionals have musculoskeletal pain during the study period? The importance of the theme involves the generation of essential information to improve strategies for preventing work-related illness, with a view to providing workers with the adaptation of work environments, improving working conditions and, consequently, their quality of life. In addition, the study of QOL in public organizations is an incipient issue, as it is also a scientific field of limited interest.

The general objective of this article was to analyze the QOL and the presence of musculoskeletal pain in professionals from a federal educational institute located in the city of Ipojuca.

METHOD

This is a descriptive study with a cross-sectional design, with a quantitative survey-type approach, whose instrument was sent electronically. The research was carried out with professionals

from a Federal Institution of Technological Education located in the city of Ipojuca (PE), medium-sized, with 838 students enrolled in courses in mechanics, occupational safety, industrial automation, shipbuilding and petrochemical technicians, and higher in chemistry and mechanical engineering in 2021.² The choice of this scenario was for convenience and is due to the fact that the guiding question of this study arose from the difficulties felt and reported by the professionals of this institute during the pandemic.

The dimensioning of the sample size was carried out considering a population of about 70 teachers, 45 administrative and 20 outsourced workers, totaling about 135 professionals, based on a 95% confidence level to assume a maximum associated error of 5%, the sample would be composed of 100 subjects, without considering a 20% loss, for example, referring to professionals on leave. However, due to the difficulty of outsourced workers to access the technology necessary to complete the online forms and restrictions imposed by the pandemic to bring the instruments to them, the sample consisted of 51 professionals. The forms referring to the terms of free and informed consent (ICF) and research instruments, prepared in Google Forms, were sent to the institutional emails of all participants and WhatsApp groups of the coordinators of the courses and administrative departments of the institute.

Exclusion criteria were professionals who were on vacation, on leave or on leave during data collection and those who had some condition that made it impossible to participate, being an intern and/or under 18 years of age.

Data collection was carried out using the following instruments: form on sociodemographic aspects, a specific instrument was created to characterize the subjects; the SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey) to analyze the quality of life and the Nordic musculoskeletal questionnai-

re to identify the prevalence of musculoskeletal pain in the population.

The first instrument was semi-structured, presented questions subdivided into personal data and questions related to work (gender, age, function, education, performance in a management/coordination position, length of service, workload and employment relationship).

The SF - 36 that assesses health-related quality of life consists of a multidimensional questionnaire consisting of 36 items, encompassed in 8 scales or domains, which are: functional capacity (performing daily activities such as taking care of oneself, dressing, bathing, climbing stairs), physical aspects (effects on physical health in relation to daily and/or professional activities), pain (level of pain and impact during daily and/or professional activities), general health status (subjective perception of general health status), vitality (subjective perception of health status), social aspects (reflection of physical health conditions in social activities), emotional aspects (reflects emotional state during daily and/or professional activities) and mental health (mood and well-being scales). It presents a score that goes from 0 (zero) to 100 (obtained by calculating the Raw Scale), where zero corresponds to the worst general health status and 100 corresponds to the best health status, with no single value summarizing the entire assessment, each dimension being analyzed separately.¹⁰

The Nordic Musculoskeletal Questionnaire presents a figure of the human body divided into nine regions: shoulders, elbows, wrist/hand, neck, upper and lower back, hips/thighs, knees and ankles/feet. In each of these regions, the respondent marks the occurrence of pain or tingling/numbness in the last 12 months and in the last seven days, the search for health professionals due to symptoms in the last 12 months and the impediment to perform activities of daily living due to symptoms.¹¹

Data collection took place in July and

August 2021 and was only started after approval by the Research Ethics Committee of the Instituto Federal do Sertão (CAAE: 2379420.0.0000.8052) and Consubstantiated Opinion (Number: 4,703,771). Also, the ethical principles contained in resolution 466/12 of the National Health Council were followed.

Data were classified systematically. The frequency distribution was used to assess the general characteristics of the sample and also to investigate possible typing errors in the raw data. Data were exported from Microsoft Excel for statistical analysis using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 26.0, using descriptive statistics (absolute and relative frequency, and measures of central tendency and dispersion). For the analysis of the SF-36, the variables were categorized according to the median cut of the scores.

RESULTS

Among the 51 participants, the prevalence of females was identified (62.7%; n=32), with a mean age of 44.18 years ($SD\pm 9.65$) and a master's degree (51.0%; n=26). As for the work profile, most worked as public servants (98.0%; n=50), without a management/coordination position (74.5%; n=38), however, working in teaching (64.3%; n=33), with a mean workload of 34.97 hours ($SD\pm 10.94$) and mean working time of 11.70 years ($SD\pm 9.65$) (Table 1).

Table 2 depicts the distribution of quality of life domains, obtained according to the scores. It was found that the mental health domain had the highest average, while the emotional aspect had the lowest average.

As for the quality of life analysis, it was found that the participants showed lower results for all domains, including general QOL (Table 3).

Table 4 shows the results of the Nordic musculoskeletal questionnaire, indicating that, in the last year, respondents reported pain in the neck (60.8%;

Table 1 - Distribution of sociodemographic variables of the participants. Ipojuca, PE, Brazil. (N=51)

Variables	N (%)
Gender	
Female	32 (62,7)
Male	19 (37,3)
Age	
Minimum - Maximum	29 - 65
Mean - Standard Deviation	44,18 - 9,65
Education	
Graduation	2 (3,9)
Specialization/MBA	12 (23,5)
Master's degree	26 (51,0)
Doctorate degree	9 (17,6)
Post-Doctorate	2 (3,9)
Type of employment relationship	
Public server	50 (98,0)
Celetist employee	1 (2,0)
Do you have a management/COORDINATING position?	
Yes	13 (25,5)
No	38 (74,5)
Function	
Administrative	8 (15,8)
Communication consultancy	1 (2,0)
Librarian	1 (2,0)
Teacher	33 (64,3)
Journalist	1 (2,0)
Technician	7 (13,9)
Type of workload (hours)	
Minimum - Maximum	6 - 40
Mean - Standard Deviation	34,97 - 10,94
Service time (years)	
Minimum - Maximum	5 - 44
Mean - Standard Deviation	11,70 - 9,65

Source: Authors' elaboration, 2021.

n=31), shoulders (62.7%; n=32), in the upper (66.7%; n=34) and lower back (56.9%; n=29). However, none mentioned limitations to perform normal activities or sought assistance from a professional due to the mentioned problems. When asked about problems in the last week, it was also found that there were no affirmative answers.

Regarding the distribution of the pain scale by the aforementioned regions, table 5 shows that the highest averages were seen in the lumbar and neck regions. On the other hand, the smallest were observed in the elbow and hip/thighs.

DISCUSSION

The present study aimed to analyze QOL and the presence of musculoskeletal pain in professionals from a federal educational institute located in the city of Ipojuca. Regarding the sociodemographic profile, it was found that the predominance of the female gender was different from other authors.^{12,13} In a survey carried out by Santos and Junior¹⁴ at the Instituto Federal da Bahia - IFBA, there was a prevalence of male teachers, whose age range is similar to our study. It is interesting to mention that the fact that there are more men than women on the IFBA campus was attributed to the type of course offered at this location (electromechanics and IT).

Regarding the degree, the data are consistent with the general qualification profile of the teachers of the Federal Network of Vocational and Technological Education, in which the majority are masters (52.37%) or doctors (27.67%), indicating that teachers who work in the Federal Network have a high degree of qualification.¹⁵ It is important to mention that there is a lack of studies that assess the profile of administrative technicians in education, with predominance of publications related to the profile of professors.

The findings of this study point to the fact that the QOL domains in relation

Table 2. Distribution of quality of life domains. Ipojuca, PE, Brazil. (N=51)

Domains	Minimum	Maximum	Mean	Amplitude	Standard Deviation
Emotional Aspect	1,00	2,00	1,45	1,00	0,50
Social Aspect	2,00	10,00	7,20	8,00	2,07
Functional capacity	17,00	30,00	26,94	13,00	2,93
Pain	4,00	11,00	8,58	7,00	1,87
General Health Status	8,40	22,00	16,29	13,60	3,05
Physical aspect limitation	3,00	6,00	5,33	3,00	0,99
Mental Health	10,00	30,00	21,55	20,00	4,39
Vitality	6,00	23,00	14,90	17,00	3,83
General Quality of Life	61,00	133,00	105,48	72,00	15,30

Source: Authors' elaboration, 2021.

Table 3 - Analysis of QOL domains. Ipojuca, PE, Brazil. (N=51)

Domains	N (%)
Emotional Aspect	
Low emotional aspect	31 (60,8)
High emotional aspect	20 (39,2)
Social Aspect	
Low social aspect	27 (52,9)
High social aspect	24 (47,1)
Functional capacity	
Low functional capacity	31 (60,8)
High functional capacity	20 (39,2)
Pain	
Low pain	26 (51,0)
High pain	25 (49,0)
General health status	
Low general health status	26 (51,0)
High general health status	25 (49,0)
Physical aspect limitation	
Low limitation	51 (100,0)

to the SF-36 questionnaire, which includes life and health conditions, most domains were higher than 50%, but with very close values for low and high values, respectively, regarding the social aspect (52.9%/47.1%), pain (51%/49%), general health status (51%/49%), mental health (52%/47.1%), vitality (52%/47.1%) and quality of life (51%/49%), showing that in these aspects no domain stood out. In the same way, a study that evaluated the quality of life of Physical Education teachers in Catolé do Rocha-PB through the SF-36, showed that the domains social aspects, pain, general health and mental health had a balance.¹⁶

Still in relation to the QOL domains, the components that evaluated the emotional aspects and the functional capacity obtained averages below 40% for high emotional aspect and high functional capacity. These findings may mean that the ability to perform daily activities and emotional state were impacted by recent changes in the way of living and working caused by the pandemic, affecting work and interpersonal relationships, which are essential components for QOL, and may reflect on well-being, motivation and productivity.

Studies show that in the teaching profession, whose intellectual-emotional wear and tear is always present, health risks are exposed such as: working environments and adverse conditions, without professional perspectives, added to personal problems, increasingly worry teachers, since they are potential candidates for the development of various diseases, linked or not to the emotional aspect associated with low vitality. They themselves are aware that these situations cause low immunity and repercussions on their general health conditions, favoring constant flu states, migraines, labyrinthitis, hypertensive crises, depressive states, skin problems, among others.^{17,18} It should be noted that the professors represent (66.3%) of the participants in this study.

In this perspective, it is considered that all QoL domains addressed (emo-

Hugh limitation	0 (0,0)
Mental health	
Low mental health	27 (52,9)
High mental health	24 (47,1)
Vitality	
Low vitality	27 (52,9)
High vitality	24 (47,1)
Quality of life	
Low quality of life	26 (51,0)
High quality of life	25 (49,0)

Source: Authors' elaboration, 2021.

Table 4 - Analysis of the Nordic musculoskeletal questionnaire. Ipojuca, PE, Brazil. (N=51)

Variables	In the past twelve months have you had problems (such as pain, tingling/numbness) with:	In the last twelve months, have you been prevented from carrying out normal activities, for example: work, domestic and leisure activities) because of this problem in:	In the last twelve months, have you seen a healthcare professional (doctor, physical therapist) because of this condition in:	In the past seven days, have you had any problems with:
Neck				
Yes	31 (60,8)	8 (15,7)	6 (11,8)	20 (39,2)
No	20 (39,2)	43 (84,3)	45 (88,2)	31 (60,8)
Shoulders				
Yes	32 (62,7)	10 (19,6)	6 (11,8)	13 (25,5)
No	19 (37,3)	41 (80,4)	45 (88,2)	38 (74,5)
Upper back				
Yes	34 (66,7)	9 (17,6)	7 (13,7)	15 (29,4)
No	17 (33,3)	42 (82,4)	44 (86,3)	36 (70,6)
Elbows				
Yes	9 (17,6)	5 (9,8)	3 (5,9)	6 (11,8)
No	42 (82,4)	46 (90,2)	48 (94,1)	45 (88,2)
Lower back				
Yes	29 (56,9)	15 (29,4)	7 (13,7)	17 (33,3)
No	22 (43,1)	36 (70,6)	44 (86,3)	34 (66,7)
Fist / hands				

tional aspect, social aspect, functional capacity, pain, general health status, limitation due to physical aspect, mental health, vitality, quality of life) have repercussions on the sphere of life. general, which includes the satisfactions, experiences, social relationships and well-being of an individual and the community in which he is inserted, which corroborates the data from the Statistical Yearbook of Technical and Technological Vocational Education.¹⁹

QOL domains at the institutional level can be promoted through programs. These, with a view to improving QWL, should prioritize measures to reduce risks to people's health in organizations as proposed, faced with the quality of life situation, it is suggested to include programs that offer improvement in mental health, organization of work dynamics, educational programs and approaches to assess quality of life and well-being, scientific-cultural counseling and guidance programs, strategies that identify the difficulties experienced by professionals, favoring the search for solutions in work processes, monitoring the level of satisfaction regularly, conducting auriculotherapy sessions, labor gymnastics and encouraging the practice of routine physical exercises.²⁰

In this sense, a qualitative study of national scope carried out with teachers, from different levels of education, pointed out that the practice of physical activity, meditation and yoga, in addition to adopting a balanced diet, strategies were adopted to increase physical well-being and emotional stability during the pandemic.²¹ Therefore, it is important for organizations to invest in quality of life programs that present active strategies, focusing on having sufficiently active workers not only during the pandemic, but also afterwards.

Additionally, for the implementation of a QWL program that produces satisfactory results for the company and its workers, a careful process of quality standards and the commitment of the company's executive management are

Yes	23 (45,1)	12 (23,5)	7 (13,7)	15 (29,4)
No	28 (54,9)	39 (76,5)	44 (86,3)	36 (70,6)
Hip/thighs				
Yes	12 (23,5)	4 (7,8)	4 (7,8)	4 (7,8)
No	39 (76,5)	47 (92,2)	47 (92,2)	47 (92,2)
Knees				
Yes	15 (29,4)	5 (9,8)	5 (9,8)	9 (17,6)
No	36 (70,6)	46 (90,2)	46 (90,2)	42 (82,4)
Ankle/ Feet				
Yes	14 (27,5)	6 (11,8)	7 (13,7)	7 (13,7)
No	37 (72,5)	45 (88,2)	44 (86,3)	44 (86,3)

Source: Authors' elaboration, 2021.

Table 5 - Pain scale distribution. Ipojuca, PE, Brazil. (N=51)

Body part	Minimum	Maximum	Mean	Amplitude	Standard Deviation
Neck	0,0	10,0	2,98	10,0	2,94
Shoulders	0,0	10,0	2,78	10,0	3,14
Elbow	0,0	9,0	0,86	9,0	2,27
Fists	0,0	10,0	1,82	10,0	2,90
Thoracic region	0,0	9,0	1,12	9,0	2,40
Lumbar region	0,0	10,0	3,61	10,0	3,27
Hip/thighs	0,0	8,0	0,98	8,0	1,98
Knees	0,0	9,0	1,51	9,0	2,71
Ankle/ feet	0,0	10,0	1,43	10,0	2,73

Source: Authors' elaboration, 2021.

needed,²² when interventions imply the potential and singularities of individuals/groups, to promote equity, expand health, reduce vulnerabilities and risks arising from social, economic, political, cultural and environmental determinants.²³

In the last year, despite most participants not having sought a health professional due to musculoskeletal pain (MSP), this is a reality present in the lives of most participants, especially in some specific locations, such as the neck, shoulders and back. And regarding the pain scale, the highest averages were identified in the lumbar region and

neck. A higher prevalence of MSP in these places has also been seen among professors from another Brazilian federal institution and it was inferred that it may be related to personal, health and even work organization and ergonomic characteristics. It is necessary to recognize the risks and intervene to reduce the prevalence of MSP, thus contributing to the reduction of disabilities, an increase in the quality of life and high quality education,²⁴ considering that MSP is the most frequent symptom of musculoskeletal disorders, with a great impact on life and society as a whole.²⁵

Another international study confir-

ms the findings, where a high prevalence of musculoskeletal disorders among teachers was observed, as well as their negative impacts on quality of life. 26 It should be noted that other professionals also suffer from this condition, which impacts work in the sense of absenteeism, presenteeism, early retirement, among other issues, especially when the pain is chronic.²⁷

In a federal educational institution, it was observed that the prevalence of MSP in different parts of the body was high among administrative technicians, both in the last 12 months and in the last 7 days, bringing the discussion of the relevance of chronic MSP.²⁸ Even so, the quality of life of the population studied was considered satisfactory, which must be preserved and stimulated for continuous improvement.²⁸

Our findings converge with research already carried out with similar groups, highlighting the importance of the subject, as well as indicating the need for further studies and interventions with the working population. The limitations of the research are related to the cross-sectional study, not making it possible to infer causality, as well as a small sample and no analyzes were performed between different variables in order to verify any associations between QOL and MSP.

CONCLUSION

Professionals from the federal education institute located in the municipality of Ipojuca presented QOL domains with very close values for low and high values, with a negative emphasis on the

emotional aspect and functional capacity domains, showing that the ability to perform daily activities and emotional state were impacted by recent changes in the way of living and working caused by the pandemic. Also, the study revealed that neck, shoulder and back pain were felt by most of the sample, regardless of age or function. Thus, it becomes useful for institutions to invest in improving the quality of life of workers, whose approach must be subjective and multidimensional, at managerial levels, structural and technological aspects of the company, in order to achieve an improvement or a high standard of well-being in people's lives, which will also reflect in the reduction of complaints of musculoskeletal pain.

REFERÊNCIAS

- Jansson I, Wagman P. Hannah Arendt's vita activa: A valuable contribution to occupational science. *J Occup Sci.* 2017;24(3):290-301. <https://doi.org/10.1080/14427591.2016.1277780>
- Carlotto MS, Câmara SG. Prevalence and predictors of Burnout Syndrome among public elementary school teachers. *Anál. Psicol.* 2019;37(2):135-146. <https://doi.org/10.14417/ap.1471>
- Landini SR. Trabalho docente, precarização e quadros de adoecimento. *Revista FAEEDBA.* 2008;17(30):117-128 [acesso em 2022 Jan. 30]. Disponível em: <http://www.revistadafaeaba.uneb.br>
- World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva: WHO; 1997 [acesso 21 nov. 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/63482>
- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ.* 2001;322(7296):1240-3. Doi: 10.1136/bmj.322.7296.1240
- Gramms LC. Gestão da qualidade de vida no trabalho. *Cutitiba: Intersaberes,* 2017.
- De Vries H, Tummers L, Bekkers V. The benefits of teleworking in the public sector: reality or rhetoric? *Rev Public Pers Adm.* 2018;28:1-22. <https://doi.org/10.1177/0734371X18760124>
- Santos IN, Pernambuco ML, Silva AMB, Ruela GA, Oliveira AS. Association between musculoskeletal pain and telework in the context of the COVID 19 pandemic: an integrative review. *Rev Bras Med Trab.* 2021;19(3):342-350. <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2021-812>
- Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. [Internet]. 2020. [acesso 02 nov 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf
- Laguardia J, Campos MR, Travassos CM, Vasconcellos MM, Najjar AL, Anjos LA. Avaliação psicométrica do questionário SF-36 (v.2) em amostra de probabilidade de domicílios brasileiros: resultados da pesquisa Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSO), Brasil, 2008. *Saúde Qual Life Outcomes* 2011;9:61. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-61>
- Pinheiro FA, Tróccoli BT, Carvalho CV. Validity of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire as morbidity measurement tool. *Rev Saude Publica.* 2002;36(3):307-12. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000300008>
- Almeida L de, Martins FD, Bagnara IC, Lang AMR, Boscatto JD. Perfil dos docentes de educação física dos Institutos Federais. *PROFEPT* [Internet]. 2020;4(2):154-73. <https://doi.org/10.36524/profept.v4i2.538>
- Pires AP, Bahia MGM, Ferreira SAB, Caires VG. Professores do ensino básico, técnico e tecnológico: perfil e atuação profissional. *Rev.cted* [Internet]. 2017;3(2):109-26. <https://doi.org/10.22476/revcted.v6.id382>

14. Santos AV, Junior MAS. Características de professores de um Campus da Rede Federal: análise de aspectos pessoais, profissionais e sociais. RBEPT [Internet]. 2020;1(18):9277. <https://doi.org/10.15628/rbept.2020.9277>
15. Linkowski JAS, Campolin LC, Raymundo GMC. Docência para educação profissional e tecnológica: aproximando diálogos. Educa [Internet]. 2020;7:300-314. <https://doi.org/10.26568/2359-2087.2020.4101>
16. Bezerra AS. A qualidade de vida dos professores de educação física escolar da rede pública e privada de Catolé do Rocha-PB. Arq. Bras. Ed. Fis. 2018;1(1):111-8. <https://doi.org/10.20873/abef.v1i1.4931>
17. Sanchez HM et al. Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. Ciênc. saúde coletiva 2019;24(11):4111-4123. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28712017>
18. Bogaer I et al. Associations between different types of physical activity and teachers' perceived mental, physical, and work-related health. BMC public health, 2014;14(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-534>
19. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopse Estatística da Educação Profissional e Tecnológica – 2019. Brasília: Inep, 2021 [acesso 15 dez. 2021]. Disponível em: <https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas>
20. Felício H. A. et al. Qualidade de vida e condições ergonômicas em trabalhadores de um laboratório de saúde pública. Rev. Bras. Promoc. Saúde [Internet] 2021;34. <https://doi.org/10.5020/18061230.2021.11017>
21. Sampaio MAL, Costa JM, Barbosa LNF, Melo MCB, Santos CS. A docência nos tempos de pandemia: um estudo sobre as vivências de professores brasileiros durante o período de isolamento. Saud. Coletiv (Barueri) [Internet]. 2022;12(74):10027-39. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i74p10027-10039>
22. Galassi C. A Relação Entre a Qualidade de Vida no Trabalho e a Área de Higiene e Segurança do Trabalho. Saud. Pesq. 2015 [acesso 30 dez. 2021];8:65-78. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3760>
23. Santos EC, Espinosa MM, Marcon SR. Qualidade de vida, saúde e trabalho de professores do ensino fundamental. Acta Paul Enferm. 2020;33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00286>
24. Kraemer K, Moreira MF, Guimarães B. Musculoskeletal pain and ergonomic risks in teachers of a federal institution. Rev Bras Med Trab. 2020;18(3):343-351. <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2020-608>
25. Blyth FM, Briggs AM, Schneider CH, Hoy DG, March LM. The global burden of musculoskeletal pain—where to from here? Am J Public Health. 2019;109(1):35-40. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304747>
26. Karakaya İÇ, Karakaya MG, Tunç E, Kılıtır M. Musculoskeletal problems and quality of life of elementary school teachers. Int J Occup Saf Ergon. 2015;21(3):344-50. <https://doi.org/10.1080/10803548.2015.1035921>
27. Patel AS, Farquharson R, Carroll D, et al. The impact and burden of chronic pain in the workplace: a qualitative systematic review. Pain Pract. 2012;12(7):578-589. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2012.00547.x>
28. Lima TBWe, Albuquerque JR, Fagundes MG, Coutinho CCC. Prevalence of musculoskeletal complaints and quality of life among administrative technicians. Rev. Bras. Med. Trab. 2020;18(1):45-50. <https://doi.org/10.5327/Z1679443520200445>

Análise bibliográfica sobre infecções latentes da tuberculose (ILT) em profissionais da saúde na atenção básica

Bibliographic analysis on latent tuberculosis infections (LTI) in health professionals in basic care

Análisis bibliográfico sobre infecciones tuberculosas latentes (ITL) en profesionales sanitarios de atención básica

RESUMO

Objetivo: identificar e realizar uma análise baseada em evidências sobre Infecções Latentes da Tuberculose em profissionais da rede básica de saúde. Método: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus (SCOPUS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed). Resultado: Foram selecionados para essa revisão 07 artigos. Os resultados evidenciam que, quanto às categorias profissionais, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde são as categorias que apresentam maiores riscos para ILT. Havendo prevalências entre 24,9% a 57,8%, levando em consideração o ponto de corte estabelecido. Conclusão: Conclui-se que os estudos sobre ILTB em profissionais da atenção básica ainda são escassos, mesmo sendo ela a porta de entrada para os demais serviços de saúde e constituindo-se a principal responsável pela acolhida e tratamento dos pacientes com tuberculose ativa.

DESCRITORES: Atenção primária à saúde; Pessoal de saúde; Tuberculose latente..

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify an evidence-based analysis of Latent Tuberculosis Infections in basic health care professionals. Method: This is an integrative literature review carried out in the following databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus (SCOPUS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed). Results: Seven articles were selected for this review. Conclusion: The results made it possible to show that, regarding the professional categories, nurses, nursing technicians and community health agents are the categories that present greater risks for ILT. It was concluded that studies on LTBI in primary care professionals are still scarce, even though it is the gateway to other health services and is the main responsible for the reception and treatment of patients with active tuberculosis.

DESCRIPTORS: Primary health care; Health personnel; Latent tuberculosis

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo identificar un análisis basado en evidencia de Infecciones de Tuberculosis Latente en profesionales de atención básica de salud. Método: Esta es una revisión bibliográfica integradora realizada en las siguientes bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus (SCOPUS) y Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed). Resultados: Los resultados muestran que, en cuanto a las categorías profesionales, los enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud son las categorías que presentan mayores riesgos para la THI. Hubo prevalencias entre 24,9% y 57,8%, teniendo en cuenta el punto de corte establecido. Conclusión: Se concluye que los estudios sobre la ITBL en profesionales de atención primaria aún son escasos, a pesar de que es la puerta de entrada a otros servicios de salud y es el principal responsable de la recepción y tratamiento de los pacientes con tuberculosis activa.

DESCRIPTORES: Atención primaria de salud; Personal de salud; Tuberculosis latente.

RECEBIDO EM: 04/04/2022 APROVADO EM: 27/05/2022

João Felipe Tinto Silva

Enfermeiro. Pós graduando em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Estácio de Sá (UNESA).
ORCID: 0000-0003-3662-6673

Larayne Gallo Farias Oliveira

Enfermeira. Doutoranda em Ciências pelo Programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

ORCID: 0000-0002-0031-3846

Anderson Fernandes de Carvalho Farias

Enfermeiro. Mestre em Medicina Estética pela Esneca Business School (ESNECA).

ORCID: 0000-0002-4326-9689

Marks Passos Santos

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente pela Faculdade Ages de Jacobina (AGES).

ORCID: 0000-0003-1180-404X

Layanne Cavalcante de Moura

Médica. Mestranda em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

ORCID: 0000-0003-2781-1076

Robson Feliciano da Silva

Graduando em Fisioterapia pelo Centro Universitário FACOL (UNIFACOL).

ORCID: 0000-0003-4387-2469

Liliane Maria da Silva

Graduanda em Farmácia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

ORCID: 0000-0001-5092-5245

Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário

Graduanda em Farmácia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSA).

ORCID: 0000-0001-9521-9432

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos presenciou-se a re-emergência da tuberculose (TB) no mundo. O ano de 2015 tornou-se um novo marco na história dessa doença, com a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para acabar com a TB como um problema de saúde pública. Pela primeira vez em décadas surgem novidades nos campos diagnósticos e terapêuticos: testes rápidos moleculares, novos fármacos desenvolvidos especificamente para o tratamento da TB, vacinas preventivas e terapêuticas, além de novos regimes encurtados sendo testados em ensaios clínicos multicêntricos⁽¹⁾.

Nesse contexto, o Brasil tem um papel extremamente relevante. Na Assembleia Mundial da Saúde do ano de 2014, realizada na sede da OMS em Genebra, o país foi o principal proponente de uma nova estratégia global de combate à doença. A ação foi chamada de Estratégia Fim da Tuberculose (End TB Strategy). A proposta foi aprovada por unanimidade pelos países

membros das Nações Unidas e tem como visão um mundo livre da tuberculose até o ano de 2035⁽¹⁾.

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, em 2017, alinhado às estratégias da OMS, propôs três pilares para acabar com a doença como um problema de saúde pública no Brasil. São eles: prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com TB; políticas arrojadas e sistemas de apoio; intensificação da pesquisa e inovação. Em cada pilar, estão contemplados os objetivos e estratégias que devem ser seguidos para o alcance das metas propostas⁽²⁾. Inseridos nestes Pilares, estão o objetivo de intensificar as ações de prevenção, que albergam as estratégias referentes ao aumento do rastreio, diagnóstico e tratamento da infecção latente da tuberculose (ILT), bem como, a implantação nacional da vigilância da ILT, entendendo essa atividade como de fundamental importância para o alcance das metas

Nesse sentido, a investigação de contatos é de fundamental importância para

o controle da doença, uma vez que, por meio dessa investigação, é possível identificar pessoas com ILT e indicar adequadamente o tratamento possibilitando a prevenção do desenvolvimento da TB ativa. Entretanto, uma população que merece especial atenção durante o rastreamento para a identificação da ILT são os profissionais de saúde. Essa atenção aos profissionais de saúde deve-se a exposição constante a pessoas com TB, aumentando o risco de desenvolvimento da doença ativa. Nesses profissionais, é preciso sempre buscar e considerar a possibilidade de infecção recente⁽²⁾.

Segundo as diretrizes da OMS de horizontalização no combate à tuberculose foram redirecionadas e descentralizadas, a partir de 2004, as ações de controle para a atenção básica que, nesse caso, ficariam a cargo da estratégia saúde da família (ESF) e do programa de agentes comunitários de saúde^(3,4). Nessa perspectiva, a atenção básica pela sua dinamicidade e capilaridade, constitui-se a porta de entrada preferencial e centro de comunicação entre os usu-

ários e a rede de atenção à saúde levando a necessidade de pesquisas relacionadas a esses profissionais de saúde e não apenas a busca ativa no âmbito hospitalar.

Diante do exposto, o presente tem como objetivo identificar e realizar uma análise baseada em evidências sobre Infecções Latentes da Tuberculose em profissionais da rede básica de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). A elaboração de um estudo dessa natureza consiste no cumprimento das etapas: identificação do problema, pesquisa de literatura, avaliação, análise e interpretação de dados e apresentação da revisão integrativa⁽⁵⁾.

A questão norteadora foi elaborada com auxílio da estratégia PICO: P=profissionais de saúde; I= Infecções Latentes da Tuberculose; Co= Atenção básica. Portanto, chegou-se a seguinte questão norteadora: Qual a prevalência de ILTB em profissionais de saúde da atenção básica?⁽⁶⁾.

A busca e análise dos dados coletados nos estudos foram realizados entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2022, por meio das bases eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online, SciVerse Scopus e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. Os critérios de inclusão dos artigos definidos foram: artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, publicados entre 2007 a janeiro de 2021 (intervalo de 15 anos).

Foram utilizados os uni-termos presente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Atenção Primária à Saúde, Pessoal de Saúde e Tuberculose Latente, e os artigos indexados por descritores cadastrados no Medical Subject Headings (MeSH): Primary Health Care, Health Personnel e Latent Tuberculosis, combinados entre si por meio dos operadores booleanos “AND” e “OR”, nas bases pesquisadas. Foram excluídos artigos duplicados, de revisão da literatura, (fonte secundária de dados) e aqueles que abordavam

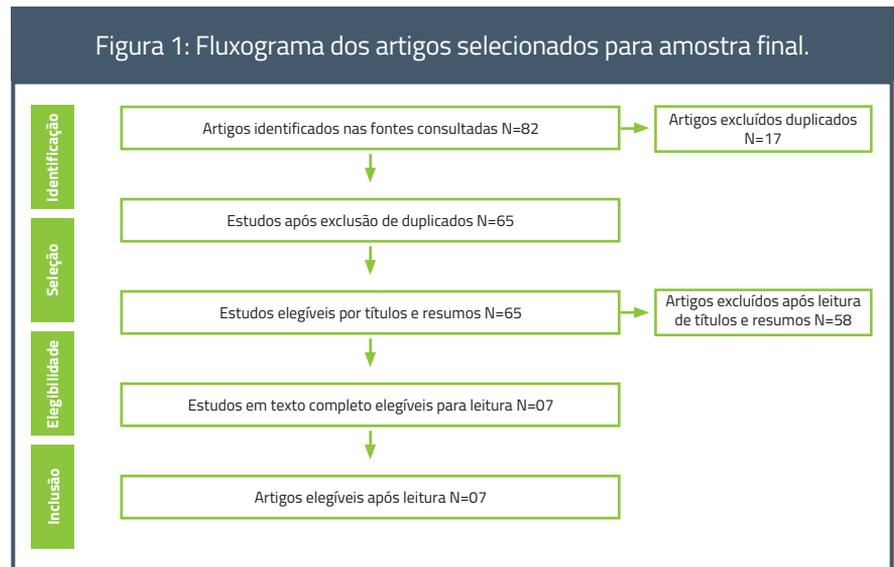
sobre o tratamento e outros aspectos de ILTB.

Foram identificados 82 artigos, dos quais 17 estavam duplicados, restando 65 artigos elegíveis após a leitura do título, resumo. Após leitura na íntegra foram selecionados 07 artigos para a amostra final desta revisão integrativa por atenderem ao objetivo proposto. O processo de busca e seleção do material pode ser visualizado no fluxograma descrito na Figura 1.

Os estudos incluem a avaliação de profissionais de saúde como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, dentre outros e todos os artigos tinham como objetivo avaliar a prevalência de ILTB, sendo que seis desses artigos também buscavam analisar os riscos associados a essa infecção.

DISCUSSÃO

Figura 1: Fluxograma dos artigos selecionados para amostra final.



Fonte: Elaboração dos autores, (2022).

Quadro 1. Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa, segundo as bases de dados selecionadas, em ordem de ano de publicação.

ARTIGO	Ano/Periódico	Tipo de estudo/Amostra	Teste utilizado	Pontos de corte	Principais resultados
ARTIGO 1 (8)	2007 - PLoS Medicine	Transversal / informal	Teste Liberação Interferon-gama	Não se aplica	Prevalência de 25,5% em prestadores de cuidados primários de saúde
ARTIGO 2 (9)	2014 – Rev. Bras. Promoção de Saúde	Transversal, observacional e Descritivo / 137 profissionais de saúde da rede básica	Teste tuberculínico (TST)	≥ 10 mm	Prevalência de ILTB foi de 32%.
ARTIGO 3 (10)	2015 – Rev. Cubana de Medicina Tropical	Transversal / 1.063 profissionais de saúde de policlínicas da rede básica de saúde.	Teste tuberculínico *(PPD RT 23)	≥ 10 mm	Prevalência de ILTB de 24,9%.

Os resultados mostraram prevalências entre 24,9% a 57,8%, levando em consideração o ponto de corte estabelecido. Dentre os fatores de risco associados foram constatados o tabagismo, idade, ausência de cicatriz de BCG, condição de ex-fumante autodeclarado, teste tuberculínico feito anteriormente, tempo de serviço e o não uso de máscaras como predominantes. Quanto às categorias profissionais, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde são as categorias que apresentam maiores riscos.

Com a publicação da Estratégia pelo Fim da Tuberculose pela OMS, no ano de 2015, foram estabelecidas metas arrojadas para o fim da TB como problema de saúde pública até 2035. Assim, essas publicações ganharam um incremento um pouco maior, mas ainda deixando o assunto com muitas lacunas para debate⁽¹⁾. Justifica-se, desta forma, o fato do maior predomínio de artigos encontrados a partir de 2015, mesmo sem recorte temporal do assunto. Entretanto os estudos de prevalência da ILTB em profissionais de saúde na atenção básica ainda continuam escassos na literatura atual. Com a presente revisão, foram encontrados quatro registros no Brasil^(9,10,11,13,14).

Na Rússia, um estudo realizado no período de 2004 a 2005 obteve uma prevalência de ILTB de 40,8% em profissionais de saúde dos diversos seguimentos da atenção à saúde e 29,3% em enfermeiros e médicos da atenção primária. O estudo não teve amostra formal, pois se tratava de um estudo para recrutar todas as formas de TB entre profissionais e estudantes da saúde. A Rússia é um dos 22 países definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com alta taxa de incidência de TB e altas taxas de resistência a medicamentos, incluindo diversas drogas utilizadas⁽²⁾.

No Peru, a Diretoria Geral de Epidemiologia do Ministério da Saúde desenvolveu uma vigilância sentinela nas unidades de saúde incluindo diagnóstico de ILTB, através da aplicação do método IGRA, em uma área de alta incidência de TB. Justificando assim que o Peru constitui uma área endêmica para a essa doen-

ARTIGO 4 (11)	2015 - Cadernos de Saúde Pública	Transversal / 253 agentes comunitários de saúde	Teste Tuberculínico (PPD RT 23)	≥ 5 mm e ≥ 10 mm	As prevalências foram de 57,88% e 37,3%, respectivamente os pontos de corte 5 mm e 10 mm.
ARTIGO 5 (12)	2017 - Rev Peru Med Exp Salud Publica	Descritivo / Usados secundários, 150 trabalhadores de saúde	Método IGRA- Teste de Quantiferon-TB Gold in Tube (QFT-G-IT)	Não se aplica	A prevalência de ILTB em trabalhadores da saúde foi de 56%.
ARTIGO 6 (13)	2017 - Cadernos de Saúde Pública	Transversal / 716 Profissionais de saúde da atenção básica	Método IGRA- Teste de Quantiferon-TB Gold in Tube (QFT-G-IT)	Não se aplica	A prevalência de ILTB foi de 27%.
ARTIGO 7 (14)	2017 - J Bras. Pneumol.	Transversal / 218 profissionais de saúde da atenção básica	Teste tuberculínico (PPD RT 23)	≥ 5mm e ≥ 10mm	A prevalência de positividade ao**TT foi de 39,4% e de 54,1% respectivamente, para os pontos de corte do TT ≥ 10 mm e ≥ 5 mm.

Fonte: Pesquisa realizada pelos autores (2022).
Legenda: *PPD RT-23-Prova Tuberculínica Derivado Protéico Purificado; **TT Teste tuberculínico.

ça. De acordo com o último relatório da Organização Pan-Americana de Saúde, o Peru é o segundo país com maior carga de TB do mundo. Nesse estudo a prevalência de ILTB foi de 56%⁽¹²⁾.

Segundo a OMS, o Brasil encontra-se na 22ª posição, entre os 22 países que concentram 80% dos casos de TB do mundo. Considerando o coeficiente de incidência, o país está na 16ª posição em números absolutos de casos⁽¹⁶⁾. Como forma de lidar com tal quadro, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) incorpora nesse enfrentamento os modelos assistenciais da atenção básica, na perspectiva de que essa parceria possa contribuir para expansão das ações de controle da TB⁽¹⁷⁾.

Somando-se a esse contexto, pode-se observar um estudo transversal realizado entre 2011 e 2012 em quatro capitais brasileiras com alta incidência da doença (Vitória, Salvador, Cuiabá e Manaus), ten-

do como população do estudo os agentes comunitários de saúde, usando a prova tuberculínica PPD RT23 e os pontos de corte para 5 mm e 10 mm, obtendo uma prevalência respectivamente de 57,8% e 37,3%⁽¹¹⁾.

Outro estudo no Rio Grande do Sul, em 2011, com 137 profissionais atuantes na atenção básica, evidenciou um percentual de 32,8%, com o ponto de corte recomendado para esses profissionais de 10 mm (BORGES et al., 2014). Mesmo tendo a maioria dos estudos comprovando uma chance maior de infecção em ILTB em âmbito hospitalar^(18,19,20), é importante enfatizar que ESF é a porta de entrada dos suspeitos e com diagnóstico de TB, apresentando uma alta probabilidade de infecção⁽²¹⁾.

Entre 2011 e 2012 foi realizado um estudo em Vitória- ES, com 218 profissionais inseridos na atenção básica e nos programas de controle da tuberculose a

prevalência foi de 39,4% e 54,1% para os pontos de corte de 10 mm e 5 mm, respectivamente⁽¹⁴⁾.

Por muitos anos o TT, ou PT, foi o único teste para o rastreamento da ILTB. Mas recentemente os ensaios de interferon baseados em células T (IGRA), tornaram-se disponíveis na rede dos laboratórios privados, embora ainda não sejam encontrados na rede de laboratórios públicas. Para o diagnóstico da ILTB são considerados os IGRA com resultado positivo. A acurácia e valores preditivos dos testes baseados em interferon gama são similares aos resultados obtidos com a PT, mesmo em diferentes grupos (incluindo PVHIV), não sendo indicados somente para o rastreamento diagnóstico de ILTB em crianças menores de dois anos de idade^(1,22).

Foi realizada uma avaliação mais abrangente para estimar a prevalência de ILTB em todas as categorias de profissionais da atenção primária à saúde a partir do estudo multicêntrico com agentes comunitários de saúde realizado em 2011-2012 em Vitória, Salvador, Cuiabá, Manaus e Porto Alegre. Utilizaram como método de coleta o teste IGRA e obtiveram uma prevalência de 27%⁽¹³⁾. Uma taxa um pouco inferior a outros estudos desenvolvidos Brasil utilizando TT, pode ser visualizada em outros artigos^(11,14).

Nesse mesmo estudo⁽¹³⁾, os autores mencionam que a pesquisa contribuiu para o corpo de evidências sobre a prevalência de hipertensão endotraqueal (ILTBI) entre profissionais de saúde no Brasil e sugere a utilidade potencial do uso dos testes de interferon-gama (IGRA) para rastrear os candidatos à quimioprofilaxia da TB. Entretanto, alerta para estudos com maiores profundidades, pois o teste de IGRA pode resultar em falsos positivos. Testes falsos positivos reduziram o número de pessoas que precisariam ser tratadas e, assim, aumentariam a viabilidade do tratamento amplo de ILTB entre profissionais de saúde no Brasil⁽¹⁷⁾.

De acordo com o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil⁽¹⁾, os testes IGRA têm demonstrado diversas vantagens sobre a PT: o fato de

não ser influenciado pela vacinação prévia com BCG e de ser menos influenciado por infecção prévia por microbactérias não tuberculosas (MNT); o resultado não sujeito ao viés do leito e o teste ser realizado em

Segundo as diretrizes da OMS de horizontalização no combate à tuberculose foram redirecionadas e descentralizadas, a partir de 2004, as ações de controle para a atenção básica que, nesse caso, ficariam a cargo da estratégia saúde da família (ESF) e do programa de agentes comunitários de saúde

amostra biológica reduzindo, assim, o risco de efeitos adversos. Além disso, existem vantagens operacionais, pois ao requerer apenas uma visita do paciente, o retorno para a leitura do teste não é necessário. En-

tre as desvantagens, destacam-se o custo elevado comparado à PT, a necessidade de se realizar a coleta de sangue, a não recomendação para testes seriados, a frequência de resultados indeterminados, a necessidade de um laboratório bem equipado e o manuseio cuidadoso para manutenção da viabilidade dos linfócitos⁽²⁾.

Em um dos estudos avaliados⁽¹³⁾, observou-se que a categoria de enfermagem teve a maior prevalência de ILTB em comparação com as outras categorias. Uma prevalência maior para técnicos, seguidos pelos enfermeiros justificando o achado pela maior exposição a pacientes em comparação com as demais categorias.

CONCLUSÃO

Dentre as limitações do estudo é possível destacar os poucos estudos na literatura sob o rastreamento da ILTB, principalmente, em profissionais da atenção primária à saúde, os estudos na sua maioria focam na detecção de casos e no tratamento da TB. Outra limitação é que os estudos encontrados no Brasil se restringem às mesmas áreas específicas.

Novas pesquisas são essenciais para busca ativa de ILTB entre os profissionais de

enfermagem, uma vez que estes fazem parte da equipe multiprofissional da atenção primária à saúde, porta de entrada para o serviço de saúde, sendo componentes essenciais quando se fala em acolhimento e cuidados aos pacientes. Não se pode esquecer também da sua importância na busca ativa de doenças na comunidade. Percebe-se que os estudos sobre ILTB em profissionais da atenção básica ainda são escassos, mesmo sendo ela a porta de entrada para os demais serviços de saúde e constituindo-se a principal responsável pela acolhida e tratamento dos pacientes com tuberculose ativa. E que a prevalência de ILTB poderia ser melhor acurada com o aumento desses estudos na literatura. Já que as prevalências encontradas na revisão ficaram bem distantes, variando entre 24,9% a 57,8%.

REFERÊNCIAS

1. Borges TS, et al. Prevalência de infecção latente por *mycobacterium tuberculosis* em profissionais da rede básica de saúde. *Rev Bras em Promoção da Saúde*, 2014; 2(1):269.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 131 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. Brasil. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia: III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, p. 10, 2009.
8. Drobniowski F, et al. Rates of latent tuberculosis in health care staff in Russia. *PLoS Med*. 2007; 4(55).
9. Hall DM, et al. Evaluación de riesgo de infección tuberculosa latente en trabajadores de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2015; 67(1):11.
10. Joshi R, et al. Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Medicine*. 2006; 3:494.
11. Lacerda TC, et al. Infecção por tuberculose entre profissionais de saúde da atenção básica. *Jornal Brasileiro de pneumologia*. 2017; 43:416.
12. Marziale MH. Instrumento para recolección de datos revisión integrativa [Internet]. 2015. Disponível em: <<http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wpcontent/uploads/sites/9/2016/04/Instrumento-revision-de-la-litetarura-RedENSO-2017.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2022.
13. Mendes KDS, et al. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto e Contexto Enfermagem*, 2008; 17:758.
14. Moher D, et al. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*. 2009; 6:e1000097.
15. Muniz JN, et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 1999; 7:33.
16. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2[Internet]. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. 2011. Disponível em: <http://www.cebm.net/ocebmllevels-of-evidence/>. Acesso em: 06 fev. 2022.
17. Oliveira SM, et al. Prevalence of *mycobacterium tuberculosis* among professionals in a university hospital, Mato Grosso do Sul, 2004. *Rev Lat Am de Enfermagem*. 2007; 15:1120.
18. Prado TN, et al. Prevalence and risk factors for latente tuberculosis infection among primary health care workers in Brazil. *Caderno de Saúde Pública*. 2017; 33:12.
19. Rogério WP, et al. Prevalência e fatores associados à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre agentes comunitários de saúde no Brasil, usando-se a prova tuberculínica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31:2199.
20. Silva VM, et al. Medical students at risk of nosocomial transmission of *Mycobacterium tuberculosis*. *Internacional Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2000; 4:420.
21. Soto CMG, et al. Prevalencia de infección tuberculosa latente em trabajadores de salud de establecimientos del primer nivel de atención. Lima, Perú. *Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017; 34:649.
22. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 5(52):546.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

Bibliographic analysis on latent tuberculosis infections (LTI) in health professionals in basic care

Análise bibliográfica sobre infecções latentes da tuberculose (ILT) em profissionais da saúde na atenção básica

Análisis bibliográfico sobre infecciones tuberculosas latentes (ITL) en profesionales sanitarios de atención básica

RESUMO

Objetivo: identificar realizar uma análise baseada em evidências sobre Infecções Latentes da Tuberculose em profissionais da rede básica de saúde. Método: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus (SCOPUS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed). Resultado: Foram selecionados para essa revisão 07 artigos. Os resultados evidenciam que, quanto às categorias profissionais, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde são as categorias que apresentam maiores riscos para ILT. Havendo prevalências entre 24,9% a 57,8%, levando em consideração o ponto de corte estabelecido. Conclusão: Conclui-se que os estudos sobre ILTB em profissionais da atenção básica ainda são escassos, mesmo sendo ela a porta de entrada para os demais serviços de saúde e constituindo-se a principal responsável pela acolhida e tratamento dos pacientes com tuberculose ativa.

DESCRITORES: Atenção primária à saúde; Pessoal de saúde; Tuberculose latente..

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify an evidence-based analysis of Latent Tuberculosis Infections in basic health care professionals. Method: This is an integrative literature review carried out in the following databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus (SCOPUS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed). Results: Seven articles were selected for this review. Conclusion: The results made it possible to show that, regarding the professional categories, nurses, nursing technicians and community health agents are the categories that present greater risks for ILT. It was concluded that studies on LTBI in primary care professionals are still scarce, even though it is the gateway to other health services and is the main responsible for the reception and treatment of patients with active tuberculosis.

DESCRIPTORS: Primary health care; Health personnel; Latent tuberculosis

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo identificar un análisis basado en evidencia de Infecciones de Tuberculosis Latente en profesionales de atención básica de salud. Método: Esta es una revisión bibliográfica integradora realizada en las siguientes bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus (SCOPUS) y Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed). Resultados: Los resultados muestran que, en cuanto a las categorías profesionales, los enfermeros, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud son las categorías que presentan mayores riesgos para la THI. Hubo prevalencias entre 24,9% y 57,8%, teniendo en cuenta el punto de corte establecido. Conclusión: Se concluye que los estudios sobre la ITBL en profesionales de atención primaria aún son escasos, a pesar de que es la puerta de entrada a otros servicios de salud y es el principal responsable de la recepción y tratamiento de los pacientes con tuberculosis activa.

DESCRIPTORES: Atención primaria de salud; Personal de salud; Tuberculosis latente.

RECEBIDO EM: 04/04/2022 APROVADO EM: 27/05/2022

João Felipe Tinto Silva

Nurse. Postgraduate student in Nursing in an Intensive Care Unit at Universidade Estácio de Sá (UNESA).
ORCID: 0000-0003-3662-6673

Larayne Gallo Farias Oliveira

Nurse. Doctoral student in Science at the Interunits Program of the School of Nursing at the University of São Paulo (USP).
ORCID: 0000-0002-0031-3846

Anderson Fernandes de Carvalho Farias

Nurse. Master in Aesthetic Medicine from Esneca Business School (ESNECA).
ORCID: 0000-0002-4326-9689

Marks Passos Santos

Nurse. Master in Nursing. Professor at Faculdade Ages de Jacobina (AGES).
ORCID: 0000-0003-1180-404X

Layanne Cavalcante de Moura

Doctor. Master's student in Women's Health at the Federal University of Piauí (UFPI).
ORCID: 0000-0003-2781-1076

Robson Feliciano da Silva

Graduating in Physiotherapy at the FACOL University Center (UNIFACOL).
ORCID: 0000-0003-4387-2469

Liliane Maria da Silva

Undergraduate student in Pharmacy at the Federal University of Pernambuco (UFPE).
ORCID: 0000-0001-5092-5245

Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário

Undergraduate student in Pharmacy at the Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSA).
ORCID: 0000-0001-9521-9432

INTRODUCTION

In recent years, the re-emergence of tuberculosis (TB) in the world has been witnessed. The year 2015 became a new milestone in the history of this disease, with the proposal of the World Health Organization (WHO) to end TB as a public health problem. For the first time in decades, innovations appear in the diagnostic and therapeutic fields: rapid molecular tests, new drugs developed specifically for the treatment of TB, preventive and therapeutic vaccines, in addition to new shortened regimens being tested in multicenter clinical trials.⁽¹⁾

In this context, Brazil has an extremely relevant role. At the 2014 World Health Assembly, held at WHO headquarters in Geneva, the country was the main proponent of a new global strategy to combat the disease. The action was called the End TB Strategy. The proposal was unanimously approved by the member countries of the United Nations and has as its vision a world free of tuberculo-

sis by the year 2035.⁽¹⁾

The National Plan to End Tuberculosis as a Public Health Problem, in 2017, in line with WHO strategies, proposed three pillars to end the disease as a public health problem in Brazil. They are: prevention and integrated care centered on the person with TB; bold policies and support systems; intensification of research and innovation. In each pillar, the objectives and strategies that must be followed to reach the proposed goals are contemplated.⁽²⁾ Included in these Pillars are the objective of intensifying prevention actions, which include strategies related to increased screening, diagnosis and treatment of latent tuberculosis infection (LTBI), as well as the national implementation of LTBI surveillance, understanding this activity as of fundamental importance to reach the goals.

In this sense, the investigation of contacts is of fundamental importance for the control of the disease, since, through this investigation, it is possible to identify people with LTBI and adequately indica-

te the treatment, enabling the prevention of the development of active TB. However, a population that deserves special attention during screening for the identification of LTBI are health professionals. This attention to health professionals is due to the constant exposure to people with TB, increasing the risk of developing the active disease. In these professionals, it is always necessary to look for and consider the possibility of recent infection.⁽²⁾

According to the WHO guidelines for horizontalization in the fight against tuberculosis, control actions for primary care were redirected and decentralized as of 2004, which, in this case, they would be in charge of the family health strategy (ESF) and the program of community health agents.^(3,4) From this perspective, primary care, due to its dynamism and capillarity, constitutes the preferred gateway and communication center between users and the health care network, leading to the need for research related to these health professionals and not just

the active search in the hospital environment.

Given the above, the present aims to identify an evidence-based analysis of Latent Tuberculosis Infections in professionals in the basic health network.

METHODOLOGY

This is an Integrative Literature Review (ILR). The elaboration of a study of this nature consists of the fulfillment of the steps: identification of the problem, literature search, evaluation, analysis and interpretation of data and presentation of the integrative review.⁽⁵⁾

The guiding question was elaborated with the help of the PICO strategy: P=health professionals; I= Latent Tuberculosis Infections; Co= Basic care. Therefore, the following guiding question was arrived at: What is the prevalence of LTBI in primary care health professionals?⁽⁶⁾

The search and analysis of the data collected in the studies were carried out between December 2021 and February 2022, through the following electronic databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, SciVerse Scopus and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. The inclusion criteria of the defined articles were: articles published in Portuguese, English and Spanish, available in full, published between 2007 and January 2021 (interval of 15 years).

The uni-terms present in the Health Sciences Descriptors (DeCS) were used: Primary Health Care, Health Personnel and Latent Tuberculosis, and the articles indexed by descriptors registered in the Medical Subject Headings (MeSH): Primary Health Care, Health Personnel and Latent Tuberculosis, combined with each other through the Boolean operators "AND" and "OR", in the researched bases. Duplicate articles, literature review (secondary data source) and those that addressed treatment and other aspects of LTBI were excluded.

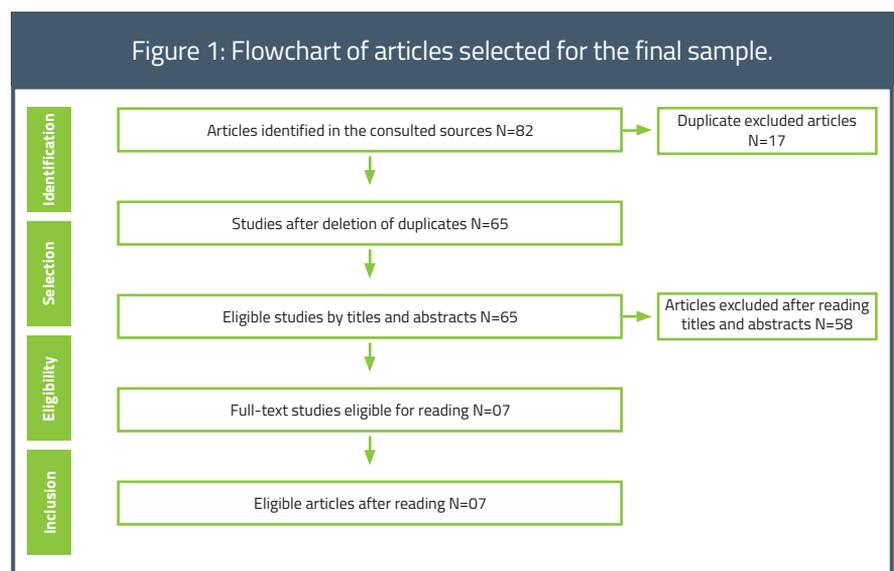
Eighty-two articles were identified, of which 17 were duplicates, leaving 65 eligible articles after reading the title and abstract. After reading in full, 07 articles were selected for the final sample of this integrative review because they meet the proposed objective. The material search and selection process can be visualized in the flowchart described in Figure 1.

RESULTS

From the adaptation of an extraction instrument⁽⁷⁾, a synthesis of the included articles was made. Data extraction captured the following information: year of publication; title; authors; published journal; type of study/sample; objectives, tests used, cut-off point and results found.

Table 1 presents an overview of the seven selected publications, highlighting the characterization, methodological aspects, tests used to track the diagnosis

Figure 1: Flowchart of articles selected for the final sample.



Source: Elaborated by the authors, (2022).

Table 1. Distribution of references included in the integrative review, according to selected databases, in order of year of publication.

ARTICLE	Year / Journal	Type of study/ Sample	Test used	Cut points	Main results
ARTICLE 1 (8)	2007 - PLoS Medicine	Cross-sectional / informal	Interferon-gamma Release Test	Does not apply	Prevalence of 25.5% in primary health care providers
ARTICLE 2 (9)	2014 - Rev. Bras. Promoção de Saúde	Cross-sectional, observational and descriptive study / 137 health professionals from the basic network	Tuberculin skin test (TST)	≥ 10 mm	LTBI prevalence was 32%.
ARTICLE 3 (10)	2015 - Rev. Cubana de Medicina Tropical	Cross-sectional / 1,063 health professionals from polyclinics of the basic health network.	Tuberculin skin test *(PPD RT 23)	≥ 10 mm	LTBI prevalence of 24.9%.

and results of the listed articles.

The studies include the evaluation of health professionals such as: doctors, nurses, nursing technicians and community health agents, among others, and all articles aimed to assess the prevalence of LTBI, and six of these articles also sought to analyze the risks associated with this infection.

DISCUSSION

The results showed prevalences between 24.9% and 57.8%, taking into account the established cut-off point. Among the associated risk factors, smoking, age, absence of a BCG scar, self-declared ex-smoker status, previous tuberculin skin test, length of service and non-use of masks were found to be predominant. As for the professional categories, nurses, nursing technicians and community health agents are the categories that present the greatest risks.

With the publication of the Strategy to End Tuberculosis by the WHO in 2015, bold goals were set for the end of TB as a public health problem by 2035. Thus, these publications gained a little more development, but still leaving the subject with many gaps for debate. ⁽¹⁾ In this way, the fact of the greater predominance of articles found from 2015 onwards, even without a time frame on the subject, is justified. However, studies on the prevalence of LTBI in health professionals in primary care are still scarce in the current literature. With the present review, four records were found in Brazil. ^(9,10,11,13,14)

In Russia, a study carried out from 2004 to 2005 found a prevalence of LTBI of 40.8% in health professionals from different health care segments and 29.3% in nurses and primary care physicians. The study did not have a formal sample, as it was a study to recruit all forms of TB among health professionals and students. Russia is one of 22 countries defined by the World Health Organization (WHO) with a high incidence rate of TB and high rates of drug resistance, including several

ARTICLE 4 (11)	2015 - Cadernos de Saúde Pública	Cross-sectional / 253 community health workers	Tuberculin skin test (PPD RT 23)	≥ 5 mm e ≥ 10 mm	The prevalences were 57.88% and 37.3%, respectively at the cut-off points of 5 mm and 10 mm.
ARTICLE 5 (12)	2017 - Rev Peru Med Exp Salud Publica	Descriptive / Secondary used, 150 health workers	IGRA Method - QuantiFERON-TB Gold in Tube Test (QFT-G-IT)	Does not apply	The prevalence of LTBI in health workers was 56%.
ARTICLE 6 (13)	2017 - Cadernos de Saúde Pública	Cross-sectional / 716 primary care health professionals	IGRA Method - QuantiFERON-TB Gold in Tube Test (QFT-G-IT)	Does not apply	The prevalence of LTBI was 27%.
ARTICLE 7 (14)	2017 - J Bras. Pneumol.	Cross-sectional / 218 primary care health professionals	Tuberculin skin test (PPD RT 23)	≥ 5mm e ≥ 10mm	The prevalence of **TT positivity was 39.4% and 54.1%, respectively, for the TT cut-off points ≥ 10 mm and ≥ 5 mm.

Source: Research carried out by the authors (2022).
Caption: *PPD RT-23-Purified Protein Derived Tuberculin Test; **TT Tuberculin skin test.

drugs used. ⁽²⁾

In Peru, the General Directorate of Epidemiology of the Ministry of Health developed a sentinel surveillance in health units, including diagnosis of LTBI, through the application of the IGRA method, in an area with a high incidence of TB. Thus justifying that Peru is an endemic area for this disease. According to the latest report by the Pan American Health Organization, Peru is the second country with the highest TB burden in the world. In this study, the prevalence of LTBI was 56%. ⁽¹²⁾

According to the WHO, Brazil is in 22nd position, among the 22 countries that concentrate 80% of TB cases in the world. Considering the incidence coefficient, the country is in 16th position in absolute numbers of cases. ⁽¹⁶⁾ As a way of dealing with this situation, the National Tuberculosis Control Program (PNCT - Programa Nacional de Controle da Tuberculose) incorporates the assistance

models of primary care in this confrontation, in the perspective that this partnership can contribute to the expansion of TB control actions. ⁽¹⁷⁾

In addition to this context, a cross-sectional study carried out between 2011 and 2012 in four Brazilian capitals with a high incidence of the disease (Vitória, Salvador, Cuiabá and Manaus) can be observed, with community health agents, using the tuberculin skin test PPD RT23 and the cut-off points for 5 mm and 10 mm, obtaining a prevalence of 57.8% and 37.3%, respectively. ⁽¹¹⁾

Another study in Rio Grande do Sul, in 2011, with 137 professionals working in primary care, showed a percentage of 32.8%, with the recommended cut-off point for these professionals of 10 mm (BORGES et al., 2014). Even with most studies proving a greater chance of infection in LTBI in hospitals ^(18,19,20), It is important to emphasize that the ESF is the gateway for suspects and those diagnosed

with TB, presenting a high probability of infection.⁽²¹⁾

Between 2011 and 2012 a study was carried out in Vitória-ES, with 218 professionals working in primary care and in tuberculosis control programs, the prevalence was 39.4% and 54.1% for the cut-off points of 10 mm and 5 mm, respectively.⁽¹⁴⁾

For many years the TT, or PT, was the only test for screening for LTBI. But recently T-cell-based interferon assays (IGRA) have become available on the private laboratory network, although they are not yet found on the public laboratory network. For the diagnosis of LTBI, IGRAs with a positive result are considered. The accuracy and predictive values of interferon gamma-based tests are similar to the results obtained with PT, even in different groups (including PLHIV), and are not indicated only for diagnostic screening of LTBI in children under two years of age.^(1,22)

A more comprehensive assessment was carried out to estimate the prevalence of LTBI in all categories of primary health care professionals from the multicenter study with community health workers carried out in 2011-2012 in Vitória, Salvador, Cuiabá, Manaus and Porto Alegre. They used the IGRA test as a collection method and obtained a prevalence of 27%.⁽¹³⁾ A slightly lower rate than other studies developed in Brazil using TT, can be seen in other articles.^(11,14)

In that same study⁽¹³⁾, the authors mention that the research contributed to the body of evidence on the prevalence of endotracheal hypertension among healthcare professionals in Brazil and suggests the potential usefulness of using interferon-gamma tests (IGRA) to screen candidates for chemoprophylaxis of TB. However, he warns for studies with greater depth, as the IGRA test can result in false positives. False positive tests would reduce the number of people who would need to be treated and thus increase the feasibility of comprehensive LTBI treatment among healthcare professionals in Brazil.⁽¹⁷⁾

According to the Manual of Recommendations for Tuberculosis Control in Brazil⁽¹⁾, IGRA tests have demonstrated several advantages over PT: the fact that it is not influenced by previous vaccina-

reducing the risk of adverse effects. In addition, there are operational advantages, since by requiring only one visit from the patient, returning for the test reading is not necessary. Among the disadvantages, we highlight the high cost compared to PT, the need to perform blood collection, the non-recommendation for serial tests, the frequency of indeterminate results, the need for a well-equipped laboratory, and careful handling to maintain lymphocyte viability.⁽²⁾

In one of the studies evaluated⁽¹³⁾, it was observed that the nursing category had the highest prevalence of LTBI compared to the other categories. A higher prevalence for technicians, followed by nurses, justifying the finding by the greater exposure to patients compared to the other categories.

CONCLUSION

Among the limitations of the study, it is possible to highlight the few studies in the literature on the screening of LTBI, especially in primary health care professionals, most studies focus on case detection and treatment of TB. Another limitation is that the studies found in Brazil are restricted to the same specific areas.

New research is essential for the active search for LTBI among Nursing professionals, since they are part of the multidisciplinary team of primary health care, gateway to the health service, being essential components when it comes to welcoming and caring for patients. One cannot forget also its importance in the active search for diseases in the community. It is noticed that studies on LTBI in primary care professionals are still scarce, even though it is the gateway to other health services and constitutes the main responsible for the reception and treatment of patients with active tuberculosis. And that the prevalence of LTBI could be better accurate with the increase of these studies in the literature. Since the prevalences found in the review were quite distant, ranging from 24.9% to 57.8%.

tion with BCG and that it is less influenced by previous infection with nontuberculous microbacteria (NTM); the result is not subject to bed bias and the test is performed on a biological sample, thus

According to the WHO guidelines for horizontalization in the fight against tuberculosis, control actions for primary care were redirected and decentralized as of 2004, which, in this case, they would be in charge of the family health strategy (ESF) and the program of community health agents.

REFERENCES

1. Borges TS, et al. Prevalência de infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* em profissionais da rede básica de saúde. *Rev Bras em Promoção da Saúde*, 2014; 2(1):269.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 131 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. Brasil. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia: III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 35, p. 10, 2009.
8. Drobniowski F, et al. Rates of latent tuberculosis in health care staff in Russia. *PLoS Med*. 2007; 4(55).
9. Hall DM, et al. Evaluación de riesgo de infección tuberculosa latente en trabajadores de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 2015; 67(1):11.
10. Joshi R, et al. Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Medicine*. 2006; 3:494.
11. Lacerda TC, et al. Infecção por tuberculose entre profissionais de saúde da atenção básica. *Jornal Brasileiro de pneumologia*. 2017; 43:416.
12. Marziale MH. Instrumento para recolección de datos revisión integrativa [Internet]. 2015. Disponível em: <<http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/sites/redenso/wpcontent/uploads/sites/9/2016/04/Instrumento-revision-de-la-litetarura-RedENSO-2017.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2022.
13. Mendes KDS, et al. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto e Contexto Enfermagem*, 2008; 17:758.
14. Moher D, et al. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*. 2009; 6:e1000097.
15. Muniz JN, et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 1999; 7:33.
16. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford Levels of Evidence 2 [Internet]. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. 2011. Disponível em: <http://www.cebm.net/ocebmllevels-of-evidence/>. Acesso em: 06 fev. 2022.
17. Oliveira SM, et al. Prevalence of *Mycobacterium tuberculosis* among professionals in a university hospital, Mato Grosso do Sul, 2004. *Rev Lat Am de Enfermagem*. 2007; 15:1120.
18. Prado TN, et al. Prevalence and risk factors for latent tuberculosis infection among primary health care workers in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33:12.
19. Rogério WP, et al. Prevalência e fatores associados à infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* entre agentes comunitários de saúde no Brasil, usando-se a prova tuberculínica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31:2199.
20. Silva VM, et al. Medical students at risk of nosocomial transmission of *Mycobacterium tuberculosis*. *Internacional Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2000; 4:420.
21. Soto CMG, et al. Prevalencia de infección tuberculosa latente em trabajadores de salud de establecimientos del primer nivel de atención. Lima, Perú. *Rev Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017; 34:649.
22. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 5(52):546.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

Morbidade e mortalidade por COVID-19 em Olinda: Uma análise a partir de boletins epidemiológicos

Morbidity and mortality by COVID-19 in Olinda: An analysis from epidemiological bulletins

Morbilidad y mortalidad por COVID-19 en Olinda: Un análisis a partir de boletines epidemiológicos

RESUMO

Objetivo: Analisar a distribuição da morbidade e mortalidade por COVID-19 no município de Olinda, Pernambuco, através de informações divulgadas por boletins epidemiológicos. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo quantitativo e de corte transversal. Foi realizada uma análise dos números brutos de casos e óbitos por COVID-19, e dos números proporcionais em relação à população de cada microrregião do município. Realizado no período de abril a julho de 2020. **Resultados:** Os dados encontrados revelaram que os números brutos, de casos e óbitos, foram maiores na microrregião quatro. Os números proporcionais de óbitos tiveram a microrregião um com maior percentual. **Conclusão:** Conclui-se que casos e óbitos por COVID-19 em Olinda tiveram diferentes impactos em cada microrregião. Proporcionalmente, em relação à população de cada microrregião, o número de óbitos foi maior em microrregionais com menor número de casos confirmados para COVID-19, e as três microrregionais com maior número de óbitos em relação à população adoecida faziam fronteira entre si.

DESCRIPTORIOS: Pandemias; Infecções por Coronavírus; Epidemiologia; Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze the distribution of morbidity and mortality from COVID-19 in the city of Olinda, Pernambuco, through information published in epidemiological bulletins. **Method:** This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study. An analysis of the raw numbers of COVID-19 cases and deaths was performed, and the proportional numbers in relation to the population of each micro-region of the municipality. Held from April to July 2020. **Results:** The data found revealed that the raw numbers, of cases and deaths, were higher in micro-region four. The proportional number of deaths had the micro region one with the highest percentage. **Conclusion:** It is concluded that cases and deaths from COVID-19 in Olinda had different impacts in each micro-region. Proportionally, in relation to the population of each micro-region, the number of deaths was higher in micro-regions with fewer confirmed cases for COVID-19, and the three micro-regions with the highest number of deaths in relation to the sick population bordered on each other.

DESCRIPTORS: Pandemics; Coronavirus Infections; Epidemiology; Public Health Surveillance.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la distribución de la morbilidad y mortalidad por COVID-19 en el municipio de Olinda, Pernambuco, a través de informaciones publicadas por boletines epidemiológicos. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Se realizó un análisis de los números brutos de casos y muertes de COVID-19, y de las cifras proporcionales en relación a la población de cada microrregión del municipio. Celebrado de abril a julio de 2020. **Resultados:** Los datos encontrados revelaron que los números brutos de casos y muertes fueron más altos en la microrregión cuatro. Los números proporcionales de defunciones los tuvo la microrregión con mayor porcentaje. **Conclusión:** Se concluye que los casos y muertes por COVID-19 en Olinda tuvieron impactos diferentes en cada microrregión. Proporcionalmente, en relación a la población de cada microrregión, el número de defunciones fue mayor en las microrregiones con menos casos confirmados de COVID-19, y las tres microrregiones con mayor número de defunciones en relación a la población enferma lindan entre sí.

DESCRIPTORIOS: Pandemias; Infecciones por Coronavirus; Epidemiología; Vigilancia en Salud Pública.

RECEBIDO EM: 03/04/2022 APROVADO EM: 23/05/2022

Debora Henrique Bezerra

Docente da Faculdade de Medicina de Olinda (FMO); Especialista em Saúde Coletiva na modalidade Residência pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE). Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

ORCID: 0000-0003-2418-8864

Lusanira Maria da Fonseca de Santa Cruz

Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE). Doutora em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP)/UPE. Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

ORCID: 0000-0003-2418-8864

Mariana Farias Gomes

Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães - IAM/Fiocruz. Doutoranda em Saúde Pública pelo IAM/Fiocruz. Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

ORCID: 0000-0003-0895-432X

Liniker Scolfild Rodrigues da Silva

Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Hebiatria pela Universidade de Pernambuco (UPE). Especialista em Enfermagem Obstetrícia na modalidade Residência pela Faculdade Nossa Senhora das Graças (FENSG)/UPE. Especialista em Saúde Coletiva na modalidade de Residência pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/UPE. Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

ORCID: 0000-0003-3710-851X

Rebecca Soares de Andrade

Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães - IAM/Fiocruz. Doutoranda em Saúde Pública pelo IAM/Fiocruz. Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

ORCID: 0000-0003-4527-2248

Romildo Fellipe do Nascimento Silva

Mestrando em Psicologia e Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco (UPE). Especialista em Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Professor Universitário nos Programas de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia. Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

ORCID: 0000-0001-7760-1486

INTRODUÇÃO

Foram identificados no final do ano de 2019, uma nova variação do já conhecido coronavírus, cientificamente chamado de SARS-COV-2 (do inglês: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, em português: Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave)⁽¹⁻⁴⁾. Com ampla disseminação entre os humanos através da saliva, espirro, tosse, catarro, toques em objetos ou locais contaminados com o vírus, a forma mais aguda da Doença do Coronavírus – 2019 em inglês Corona Virus Disease 19 (COVID-19) prejudica o trato respiratório e pode levar a casos de pneumonia que, em maiores agravos a intervenção faz-se necessário dentro de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e intubação traqueal do doente^(5,6).

O vírus também pode infectar células do sistema cardiovascular e do trato gastrointestinal. Neste sentido, os grupos de maior risco são pessoas que já possuem algum tipo de comorbidade, tais como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS),

Diabetes Mellitus (DM), Doença Pulmonar Crônica e Câncer (CA), bem como os idosos⁽⁷⁾.

O primeiro caso de coronavírus no Brasil datou de 25 de abril de 2020 através de confirmação do Ministro da Saúde. O caso referia-se a um homem que havia regressado da Itália recentemente. Este caso não foi apenas o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, mas também foi o primeiro caso da América Latina⁽⁸⁾.

No estado de Pernambuco, os primeiros casos confirmados datam de 12 de março de 2020. Tratava-se de um casal de idosos que, assim como o primeiro caso ocorrido no Brasil, tinha viajado para a Itália. Em relação à região nordeste, Pernambuco foi o terceiro estado a apresentar coronavírus⁽⁸⁾.

Em Olinda, a chegada do coronavírus aponta para o dia 23 de março, em que os dois primeiros casos foram confirmados no município. Eram dois homens com idades de 42 e 50 anos. Desde o dia 18 de março, entretanto, a prefeitura do município divulgava informações quanto aos casos suspeitos, descartados e os em investigação

pela vigilância epidemiológica do município. Até o boletim epidemiológico (BE) estadual do dia 17 de abril de 2022⁽⁹⁾, já havia 661.938 óbitos no Brasil e 21.536 óbitos em Pernambuco. Os casos recuperados no estado somavam 770.999, e os infectados por COVID-19 somavam 913.960 casos.

Diante disso, o objetivo deste trabalho é analisar a distribuição da morbidade e mortalidade por COVID-19 no município de Olinda, Pernambuco, através de informações divulgadas por boletins epidemiológicos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo quantitativo e de corte transversal. Esse tipo de estudo é interessante de se ser utilizado neste caso, pois permite exibir a situação de determinado agravo em determinado período de tempo⁽¹⁰⁾.

O local de estudo foi o município de Olinda, localizado no estado de Pernambuco. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹¹⁾, o mu-

nicipio tem população de 377.779 pessoas, sendo a terceira maior população do estado. Tem cerca de 60% das residências com esgotamento sanitário adequado; 41,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização; e 17,9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada.

O município é dividido em duas macrorregionais e cinco MR que englobam 31 bairros mais uma zona rural. A zona rural do município compreende uma área de 6,82km². E a área urbana tem 36,73km², o que faz de Olinda um município principalmente urbano⁽¹²⁾. A população total de cada MR e os bairros que as compõem⁽¹¹⁾ podem ser vistos no quadro 1.

A base de dados utilizada para coleta de informações foram os BE fornecidos pela secretaria de saúde de Olinda, elaborados pela equipe da vigilância em saúde do município e disponibilizados no site da prefeitura, de modo a dar maior visibilidade e amplo acesso às informações sobre a COVID-19 no município^(13,14).

Dentro do período de análise foi encontrado um total de 94 BE. Optou-se por trabalhar com o último BE de cada período (abril, maio, junho e julho), visto que cada boletim é cumulativo, trazendo os dados acumulados de casos e óbitos até aquela data de divulgação do BE. Foram excluídos desta pesquisa os BE que não traziam a informação dos óbitos atrelada aos bairros de moradia dos sujeitos adoecidos por COVID-19, ou seja, os BE anteriores ao dia 13 de abril de 2020. A partir desta data, houve BE onde o campo bairro estava marcado como “sem informação”. Nestes casos, os boletins não eram excluídos do estudo, mas os casos e óbitos relacionados ao campo “sem informação” não foram contabilizados.

Para melhor sistematizar os dados, elaborou-se uma planilha utilizando o software Microsoft Excel® 10. Na planilha foram inseridas variáveis que já estavam presentes nos BE analisados: data de divulgação do boletim, número do boletim, bairro de ocorrência, sexo, casos confirmados, óbitos e total. Os BE analisados traziam as informações de casos e óbitos por data de noti-

Quadro 1 – Divisão da população residente e bairros por microrregional do município de Olinda, Pernambuco (PE), Brasil, 2020.

Microrregional	Total população residente	Bairros
1	40.066 pessoas	Alto da Conquista, Alto do Sol Nascente, Passarinho, Alto da Bondade, Caixa D'agua, São Benedito.
2	46.106 pessoas *Zona Rural de Olinda (sem estimativa de população pelo IBGE 2010)	Zona Rural de Olinda, Águas Compridas, Sapucaia, Aguazinha.
3	72.625 pessoas	Jardim Brasil, Peixinhos, Vila Popular, Sítio Novo, Salgadinho.
4	130.803 pessoas	Rio Doce, Jardim Atlântico, Jardim Fragoso, Tabajara e Casa Caiada.
5	80.732 pessoas	Ouro Preto, Jatobá, Bultrins, Alto da Nação, Guadalupe, Bairro Novo, Amaro Branco, Bonsucesso, Bairro do Amparo, Varadouro, Bairro do Carmo, Bairro de Santa Teresa e área do Umuarama.

Fonte: IBGE(11).

ficação, e não por semana epidemiológica.

Após a confecção da planilha, os casos confirmados e óbitos relacionados a cada MR de saúde foram divididos em quatro períodos de análise: o primeiro período compreendeu o BE do dia 30 de abril, que trazia informações do acumulado de casos e óbitos da COVID-19 até o dia 30 de abril; o segundo período compreendeu o BE do dia 31 de maio 2020; o terceiro período analisado foi referente ao BE do dia 30 de junho e; o quarto período foi referente ao boletim do dia 31 de julho de 2020. Este último boletim analisado trazia uma visão geral de todos os casos e óbitos ocorridos no município até aquela data.

Para chegar aos números relacionados aos casos confirmados e óbitos de cada mês, entre abril e julho, os dados de um mês foram subtraídos por seu mês anterior. Por exemplo, para encontrar os dados do mês de maio, foi realizada a subtração do acumulado de maio pelo acumulado de abril; ao realizar a subtração entre os dados do último BE de junho e os encontrados para

o mês de maio, pôde-se encontrar os dados referentes ao mês de junho; ele foi realizado para encontrar os dados referentes ao mês de julho. Esta tarefa foi realizada para que pudesse ser observada a variação de casos e óbitos relacionados a cada MR de saúde por COVID-19 distribuídos mês a mês, de abril a julho de 2020.

Posteriormente, foram analisados os dados do BE do último dia do mês de julho, pois ele concentrava o acumulado de casos e óbitos desde o início da pandemia no município até aquela data. Procedeu-se a relação dos casos confirmados com a população total de cada MR, e o número de óbitos com o número total de casos confirmados de cada MR. Dessa forma, pôde-se analisar proporcionalmente a COVID-19 no município de Olinda de acordo com a população de cada MR; e, sabendo-se que o número de óbitos estava atrelado ao número de casos confirmados, pôde-se revelar uma imagem proporcional da COVID-19 em cada MR do município (que pode diferir dos números brutos divulgados nos BE

do município, por sua vez).

Também foram analisados os dados de morbidade por COVID-19 relacionada ao sexo dos pacientes. A mortalidade por sexo, por sua vez, não pôde ser analisada, visto que não há essa referência nos BE do município. Vale citar que a partir do dia 01 de maio de 2020 os BE passaram a diferenciar os casos em “casos leves” e “casos graves”. Mas, com o objetivo de preservar na análise os dados por bairros referentes ao mês de abril, optou-se por utilizar o total de casos e o total de óbitos, não fazendo distinção entre casos leves e casos graves.

Levando em consideração que essa pesquisa tratou apenas de informações disponibilizadas ao público, ou seja, de dados secundários, não foi necessário submetê-la à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Até o último dia do mês de março de 2022 havia no município de Olinda 39.407 casos confirmados de COVID-19, 1.047 óbitos confirmados do mesmo agravo, 17.435 casos em investigação e 85.506 casos descartados¹⁵.

Em relação aos casos de COVID-19 segundo o sexo, o gráfico 1 mostra a variação nos meses estudados. Foi realizada a subtração do número de casos mês a mês para obtenção dos dados separados por mês. Observou-se que, de abril a julho de 2020, o sexo mais infectado pela COVID-19, no município de Olinda, foi o sexo feminino, em contrapartida com o estudo de Ribeiro et al¹⁶, que observou a maior prevalência no sexo masculino, a partir da presunção de que as mulheres se cuidam mais em relação à saúde e levando em consideração a subnotificação de casos.

A MR com menor número bruto de casos foi a MR um⁽¹⁾ em todo o período analisado. Em junho, a MR um⁽¹⁾ atingiu valores próximos aos da MR dois⁽²⁾. Pelo gráfico 2 também se pode observar que o pico de casos confirmados da COVID-19 no município de Olinda ocorreu no mês de maio.

O mês de abril, correspondente ao início da pandemia, concentrou o menor número de casos. Logo em seguida os valores sofreram acréscimo no mês de maio e começaram a cair nos meses subsequentes. Em julho, as MR dois⁽²⁾, quatro⁽⁴⁾ e cinco⁽⁵⁾ voltaram a sofrer acréscimo no número bruto de casos confirmados de COVID-19 em Olinda.

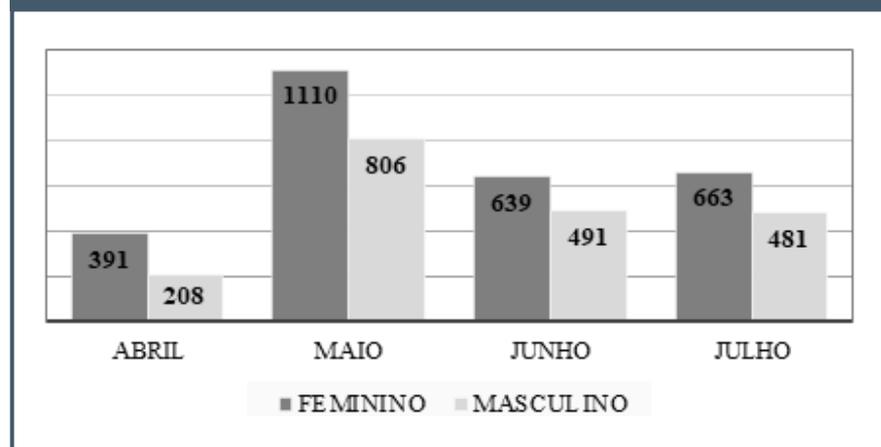
Em relação aos óbitos ocorridos no município de Olinda, verificou-se que começaram a ocorrer no mês de abril, tendo um número bruto maior na MR quatro⁽⁴⁾. No mês seguinte, os óbitos tiveram incremento em seus valores, com as MR dois⁽²⁾ e cinco⁽⁵⁾ se aproximando bastante dos números apresentados pela MR quatro⁽⁴⁾, porém a quarta MR permaneceu com o maior nú-

mero bruto de óbitos quando comparada as demais MR. Neste gráfico (gráfico 3) vê-se que o número bruto de óbitos registrados por COVID-19 cresceu de abril a maio, teve queda no mês de junho em todas as MR, e voltou a aumentar no mês de julho.

Em todo o período analisado a MR quatro⁽⁰⁴⁾ foi a que possuiu o maior número bruto de pessoas que não resistiram à COVID-19 no município, evoluindo para o óbito. A MR com menor número bruto de casos e óbitos registrados foi a MR um⁽¹⁾.

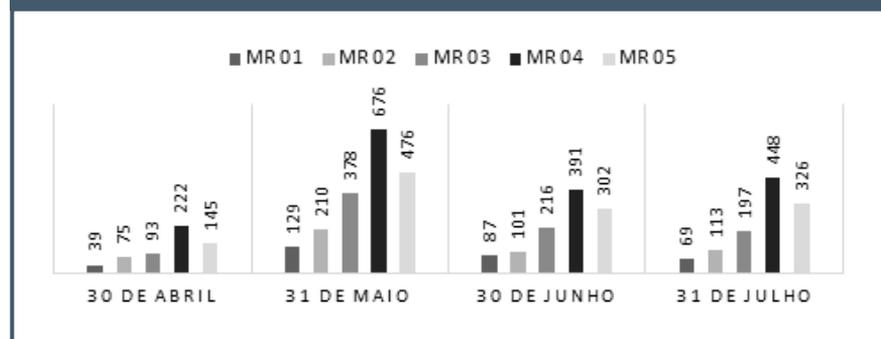
Em relação ao percentual de casos confirmados das MR em relação à sua população total, e ao percentual de óbitos em relação aos casos confirmados de cada MR vale citar que os BE divulgados pelo município

Gráfico 1 – Morbidade por COVID-19 dividido por sexo. Olinda, Pernambuco (PE), Brasil.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Gráfico 2 – Casos confirmados de COVID-19 divididos por microrregião. Olinda, Pernambuco (PE), Brasil.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

traziam informação dos dados totais de casos e óbitos por bairro. Dessa forma, para melhor sistematizar e analisar os dados os bairros foram agrupados por MR e analisou-se os dados de casos e óbitos de acordo com a população de cada MR. Ressalta-se que, apesar de válido o Censo de 2010 do IBGE, os dados populacionais para cada MR já devem ter sofrido incremento natural em virtude do tempo decorrido (dez anos).

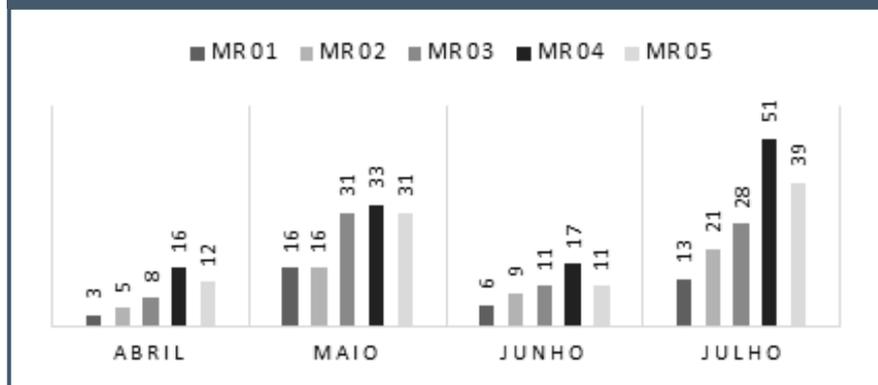
Ao analisar os dados levando em consideração o número populacional de cada MR, chega-se à seguinte situação: Na MR um ⁽¹⁾, 324 pessoas (0,81% da população) adoeceram por COVID-19. Dos adoecidos, 12% (38) vieram a óbito. Na MR cinco ⁽⁵⁾, 1,55% (1.249) da população adoeceu, e desses 7% (93) foi a óbito.

Os dados dos casos confirmados proporcionalmente à populacional de cada MR, e os óbitos proporcionalmente aos casos confirmados encontrados diferem dos valores brutos disponibilizados pelos BE. Nesta análise foi percebido que o maior número proporcional de casos confirmados de COVID-19 foi na MR cinco ⁽⁵⁾, onde 1,55% da população total da MR adoeceu por COVID-19, enquanto nos valores brutos divulgados nos BE o número maior de casos está centralizado na MR quatro ⁽⁴⁾.

Os óbitos possuem relação direta com os casos confirmados, uma vez que uma pessoa identificada como óbito por COVID-19 passa a ser considerada também um caso confirmado. Ou seja, nem todos os casos confirmados são óbitos, mas todos os óbitos por COVID-19 são casos confirmados.

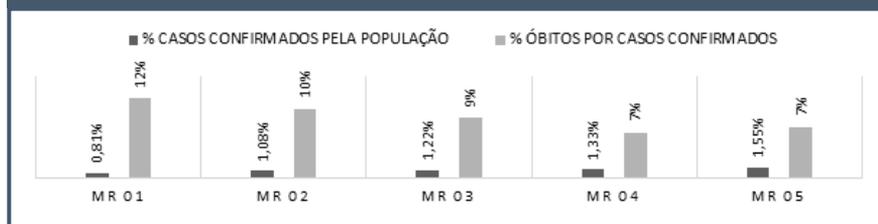
Deste modo, ao se comparar os dados dos óbitos obtidos no último BE do mês de julho, que concentrava todos os casos e óbitos desde o início da pandemia, encontra-se uma situação diferente de quando se observa os números brutos de cada MR divulgados nos BE. Neste sentido, a MR com maior número de óbitos por casos confirmados de COVID-19 é a MR um ⁽¹⁾, onde 12% dos casos confirmados (324) de COVID-19 vieram a óbito pela doença. Em segundo lugar, a MR dois ⁽²⁾ com 10% de óbitos ⁽⁵¹⁾ em relação aos casos confirma-

Gráfico 1 – Morbidade por COVID-19 dividido por sexo. Olinda, Pernambuco (PE), Brasil.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Gráfico 4 – Casos confirmados de COVID-19 em relação à população de cada MR e óbitos registrados por COVID-19 em relação aos casos confirmados em cada MR. Olinda, Pernambuco (PE), Brasil.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

dos; em terceiro, a MR três ⁽³⁾ com 9% dos óbitos ⁽⁷⁸⁾; e em quarto e quinto lugar, respectivamente, as MR quatro ⁽⁴⁾ (117 óbitos) e cinco ⁽⁵⁾ (93 óbitos), com 7% dos óbitos. Nos dados brutos dos BE, conforme citado anteriormente, o maior número de mortes se concentrou na MR quatro ⁽⁴⁾.

DISCUSSÃO

O boletim epidemiológico é uma importante ferramenta de divulgação de dados de diversos agravos. Através desse documento, municípios dão visibilidade aos números dos agravos presentes em determinados momentos ⁽¹⁷⁾.

O município de Olinda disponibilizou dados sobre a morbidade por COVID-19 em relação ao sexo, mas não informou quanto à idade e raça/cor, escolaridade e profissão. Também não informou a mortalidade relacionada ao sexo, à idade, à profis-

são ou à escolaridade, por exemplo, dentro do período estudado. Nos BE do estado de Pernambuco podem ser encontradas estas informações em relação a todo o Estado, mas especificamente sobre o município de Olinda, não se tem esses dados disponibilizados ao público ⁽¹⁸⁾.

Tais informações são demasiado importantes para se compreender o impacto dessa doença na vida dos munícipes. Saber os bairros com mais moradores doentes e mais óbitos, as idades desses casos e óbitos, a raça/cor dessa população e as profissões mais atingidas, pode auxiliar a pensar intervenções, visando a controlar a propagação do vírus no município. Aqui se esbarra em uma questão comum quando se tem que analisar dados provenientes de fichas de notificação: a incompletude dos dados destas fichas. Este fato é encontrado em muitos municípios, não apenas em Olinda ⁽¹⁹⁾.

Também, deve-se mencionar a ausência

de dados nos BE divulgados sobre o impacto da COVID-19 na zona rural do município de Olinda. Mesmo sendo uma área extensa e que mantém proximidade com áreas mais conturbadas, os BE do período analisado não fazem menção nem a casos nem a óbitos ocorridos na região. Não se sabe, se nesta área não houve até o final de julho, nem casos nem óbitos, ou se esses dados estão subnotificados, ou até mesmo se fazem parte dos dados disponibilizados onde o campo bairro encontra-se nomeado como “sem informação”.

Levando-se em consideração o BE estadual⁽⁹⁾ para a COVID-19 do dia 17 de abril de 2022, no estado de Pernambuco a mortalidade foi maior entre pessoas do sexo masculino (53,3%); as faixas etárias com maior mortalidade foi a de pessoas com idade entre 70 a 79, seguida pelas pessoas com 80 anos ou mais, e em terceiro lugar a faixa etária entre 60 e 69 anos. Em relação à mortalidade por raça/cor, o boletim do estado traz que a mortalidade foi maior entre pardos (67,7%), seguida de brancos (25,7%).

Em Olinda, os casos positivos de COVID-19 foram maiores no público feminino. Santos⁽⁵⁾ relaciona a questão ao fato de as mulheres serem vistas como “as cuidadoras do mundo”, sendo atribuído a elas os cuidados com a casa e a família. Somado a essas atribuições, o gênero feminino ainda domina massivamente o campo de trabalho da saúde, que durante as pandemias se configura como linha de frente no cuidado aos doentes⁽²⁰⁾.

Quando relacionados os óbitos com o número de casos confirmados para COVID-19, tem-se que, proporcionalmente, os óbitos foram maiores em MR com população menor e com menor número de casos confirmados. A MR mais populosa é a quatro⁽⁴⁾, conforme já observado. Nela, os óbitos proporcionais por casos confirmados foram de 7%, valor menor que na MR um⁽¹⁾, onde o percentual de óbitos em relação aos casos confirmados foi de 12%.

Segundo nota técnica da Fundaj⁽²¹⁾ do dia 01 de junho de 2020, Olinda é um dos quatro municípios mais conturbados da Região Metropolitana de Recife (RMR).

A nota traz que estava havendo uma maior variação dos casos e óbitos nos bairros mais vulneráveis dos municípios. Neste sentido, Olinda acompanharia a situação de Recife. Em relação à variação de óbitos, a pesquisa relatava que os bairros de Olinda: Águas Compridas, Alto da Bondade e Caixa d'Água eram os que sofriam maior variação de óbitos e possuíam alta vulnera-

da, este município está acompanhando o padrão de desigualdades sociais daquele município. Para a Fundaj⁽²¹⁾, os locais que vinham apresentando maior variação na morbidade e mortalidade eram os bairros mais pobres e em situação de maior vulnerabilidade, com menor renda e acesso insuficiente à água e ao esgotamento sanitário de qualidade.

As MR quatro⁽⁴⁾ e cinco⁽⁵⁾ têm uma população maior, porém com uma área territorial mais extensa. Além disso, essas MR têm parte de seu território situado na orla marítima do município. Sabe-se que nessa faixa costeira existem, em predominância, imóveis verticais onde residem pessoas de classe média e alta. Em contrapartida, as MR um⁽¹⁾, dois⁽²⁾ e três⁽³⁾ possuem área territorial menor, fazem limites entre si e são conhecidas por serem áreas de maior vulnerabilidade social no município. Esse fato pode explicar as taxas de 12%, 10% e 9% de óbitos, respectivamente.

Para Harvey et al.⁽²⁾ a rápida propagação do SARS-COV-2 está ligada à alta densidade populacional e à forma como os seres humanos interagem uns com os outros. Atribuem ao impacto da globalização a transmissão rápida de doenças em todo o planeta. Os autores exemplificam com o caso do sarampo, que tem predominância nos grandes centros populacionais e cujo índice de infecção cai drasticamente nas regiões menos povoadas.

Percebe-se que nas MR um⁽¹⁾, dois⁽²⁾ e três⁽³⁾ a COVID-19 teve um impacto mais “agressivo”, visto que mesmo não sendo as MR onde houve maior número de casos, os casos que lá existiram se tornaram casos graves com desfecho óbito em 12%, 10% e 9%, respectivamente. Isso permite inferir que uma pessoa acometida por COVID-19 moradora das MR um⁽¹⁾, dois⁽²⁾ e três⁽³⁾ tem mais chances de ter o desfecho óbito do que pessoas com COVID-19 residentes das MR quatro⁽⁴⁾ e cinco⁽⁵⁾ do município.

Neste sentido, Harvey et al.⁽²⁾ afirmam que de forma semelhante às influências, o coronavírus também adquire variantes de acordo com o ambiente onde se instala, expondo uma “divisão de classes na saúde”, em que aqueles que têm acesso a planos de

O vírus também pode

infectar células do sistema

cardiovascular e do trato

gastrointestinal. Neste sentido,

os grupos de maior risco são

pessoas que já possuem algum

tipo de comorbidade, tais

como: Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS), Diabetes

Mellitus (DM), Doença

Pulmonar Crônica e Câncer

(CA), bem como os idosos.

bilidade social. Essa situação não foi encontrada quando analisados os bairros de Casa Caiada e Bairro Novo. Neles, houve pouca variação de óbitos e um índice de vulnerabilidade social menor.

Os resultados do estudo da Fundaj⁽²¹⁾ estão amplamente alinhados com os achados desta pesquisa, e mostram que mesmo com situações diferentes entre Recife e Olin-

saúde e podem passar a quarentena em suas próprias casas, não precisam escolher “entre renda e proteção”.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que em um mesmo território o ataque de uma doença pode adquirir formas diferentes. Comparações entre os dados brutos disponibilizados pelos BE com os dados proporcionais da população de cada MR e a comparação dos

dados dos óbitos nos BE com os dados de morbidade, visto que um depende do outro, revelaram que o acometimento da COVID-19 foi maior em MR com população menor e com menor taxa de casos confirmados. Vale salientar que uma limitação desse estudo foi utilizar dados populacionais do Censo de 2010, portanto, dados defasados em um período temporal de dez anos.

Reforça-se a importância de completude de informações dos BE, visto que se tra-

ta de dados oficiais do município e devem ser utilizados para embasar as ações e os serviços de saúde. Quanto mais dados disponíveis sobre a COVID-19, melhor será a compreensão de como a doença impactou a população do município de Olinda, e mais eficazes serão as decisões tomadas baseadas nessas informações. Assim, ressalta-se a necessidade de realizar pesquisas sobre a manifestação da COVID-19 na zona rural do município, visto que essas informações foram negligenciadas.

REFERÊNCIAS

- Alves JED. Antropoceno: a Era do colapso ambiental. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz [Internet]. 2020 [acessado em 01 ago. 2020] Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node%2F1106>
- Harvey D, Zizek S, Baidou A, Davis M, Bihr A, Zibech R. Coronavírus e a luta de classes. Terra Sem Amos: Brasil; 2020.
- Wallace A. Coronavírus: como foram controladas as epidemias de Sars e Mers (e no que elas se diferenciam da atual). BBC News Mundo [Internet]. 2020 [acessado em 01 ago. 2020] Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52815216>
- Agamben G, Zizek S, Nancy JL, Berrardi FB, Petit SL, Butler J, et al. Sopa de Wuhan. Samientocontemporaneo em tempos de pandemias. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio); 2020.
- Santos BS. A Cruel Pedagogia do Vírus: ensinamentos da pandemia. Nexo Jornal [Internet]. 2020 [acessado em 01 ago. 2020]. Disponível em: https://www.nexojornal.com.br/estante/trechos/2020/04/17/%E2%80%98A-cruel-pedagogia-do-v%C3%ADrus%E2%80%99-ensinamentos-dapandemia?fbclid=IwAR2ONNmVG0GTleV-LSiyYoIMXXA3DrwjoYEQCugkLE_f_NsBeUpkr9mdM38
- Freire-Silva J, Ferreira H dos, Candeias A, Pinho M, Oliveira BR. A utilização do planejamento territorial no combate da COVID-19: considerações sobre a situação dos leitos nos municípios de Pernambuco, Brasil. VD [Internet]. 6 maio 2020 [acessado em 30 ago. 2020];8(2):16-7. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1546>
- Albuquerque LTC de, Modesto CP, Albuquerque ABTC de, Vasconcelos DCM de, Pinheiro RXM. Imagens Radiológicas no covid-19: Uma Revisão Integrativa. Am. In. Mult. J., [Internet] Februaryto May, 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; 5(8): 79-97. Disponível em: <http://Amadeusjournal.emnuvens.com.br/amadeus>
- Santos ALP dos, Figueiredo MPS de, Ferreira TAE, Gomes-Silva F, Moreira GR, Silva JE, Freitas JR de. Análise e previsão da evolução do número de óbitos por COVID-19 do estado de Pernambuco e Ceará utilizando modelos de regressão. RSD [Internet]. 27º de maio de 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; 9(7):e602974551. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4551>
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Boletim Epidemiológico COVID-19; 2022. [Internet]. 17 de abril de 2022. [acessado em 24 abr. 2022]; Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/boletim-epidemiologico-covid-19>
- Bastos JLD, Duquia RP. Um dos Delineamentos mais Empregados em Epidemiologia: estudo transversal. Notas de Epidemiologia e Estatística. Scientia Medica, Porto Alegre; 17(4): 229-232, out./dez. 2007
- Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades/Pernambuco/Olinda;. [internet]. 2010 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/olinda/panorama>
- Olinda. Prefeitura Municipal de Olinda. Olinda em Dados [internet]. 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados/>
- Olinda. Prefeitura Municipal de Olinda. Secretaria de Saúde de Olinda. Diretoria de Atenção Básica. Divisão das Macrorregionais de Saúde do Município de Olinda; 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletins Epidemiológicos. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 01 de agosto de 2020.
- Olinda. Prefeitura Municipal de Olinda. Boletim Epidemiológico COVID-19. 30 de março de 2022. Dados [internet]. 2022 [acessado em 24 abr. 2022]; Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/boletim-covid-19/>
- Ribeiro AM, Cabral EV, Moura KMB, Carmo HO, Oliveira FF. Análise espacial e perfil epidemiológico de ocorrências de óbitos por covid-19 no vale do paraíba. Saude coletiva; 2022,12 (74). Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2356/2911>
- Fiocruz. O que diz o boletim epidemiológico? [internet]. 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-que-diz-o-boletim-epidemiologico>
- Pernambuco. Ministério da Saúde. Boletim COVID-19 - Comunicação SES-PE. [internet]. 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1o5f-MRh9MNOMS0lbp-109kDiwPzEE2KOE/view>
- Alvares JK, Pinheiro TMM, Santos AF, Oliveira GL. Avaliação da completude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007 - 2011. Revista Brasileira de Epidemiologia; 2015, 18(1):123-136. <http://doi.org/10.1590/1980-5497201500010010>
- Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MMC, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36 (12). <http://doi.org/10.1590/0102-311x00178320>
- Brasil. Fundação Joaquim Nabuco. FUNDAJ. Nota Técnica Fundaj/ Dipes/CIEG – 01 de junho de 2020 [internet]. 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://www.fundaj.gov.br/index.php/mapeamento-covid>

Morbidity and mortality by COVID-19 in Olinda: An analysis from epidemiological bulletins

Morbidade e mortalidade por COVID-19 em Olinda: Uma análise a partir de boletins epidemiológicos

Morbilidad y mortalidad por COVID-19 en Olinda: Un análisis a partir de boletines epidemiológicos

RESUMO

Objetivo: Analisar a distribuição da morbidade e mortalidade por COVID-19 no município de Olinda, Pernambuco, através de informações divulgadas por boletins epidemiológicos. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo quantitativo e de corte transversal. Foi realizada uma análise dos números brutos de casos e óbitos por COVID-19, e dos números proporcionais em relação à população de cada microrregional do município. Realizado no período de abril a julho de 2020. **Resultados:** Os dados encontrados revelaram que os números brutos, de casos e óbitos, foram maiores na microrregional quatro. Os números proporcionais de óbitos tiveram a microrregional um com maior percentual. **Conclusão:** Conclui-se que casos e óbitos por COVID-19 em Olinda tiveram diferentes impactos em cada microrregional. Proporcionalmente, em relação à população de cada microrregional, o número de óbitos foi maior em microrregionais com menor número de casos confirmados para COVID-19, e as três microrregionais com maior número de óbitos em relação à população adoecida faziam fronteira entre si.

DESCRITORES: Pandemias; Infecções por Coronavírus; Epidemiologia; Vigilância em Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze the distribution of morbidity and mortality from COVID-19 in the city of Olinda, Pernambuco, through information published in epidemiological bulletins. **Method:** This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study. An analysis of the raw numbers of COVID-19 cases and deaths was performed, and the proportional numbers in relation to the population of each micro-region of the municipality. Held from April to July 2020. **Results:** The data found revealed that the raw numbers, of cases and deaths, were higher in micro-region four. The proportional number of deaths had the micro region one with the highest percentage. **Conclusion:** It is concluded that cases and deaths from COVID-19 in Olinda had different impacts in each micro-region. Proportionally, in relation to the population of each micro-region, the number of deaths was higher in micro-regions with fewer confirmed cases for COVID-19, and the three micro-regions with the highest number of deaths in relation to the sick population bordered on each other.

DESCRIPTORS: Pandemics; Coronavirus Infections; Epidemiology; Public Health Surveillance.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la distribución de la morbilidad y mortalidad por COVID-19 en el municipio de Olinda, Pernambuco, a través de informaciones publicadas por boletines epidemiológicos. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. Se realizó un análisis de los números brutos de casos y muertes de COVID-19, y de las cifras proporcionales en relación a la población de cada microrregión del municipio. Celebrado de abril a julio de 2020. **Resultados:** Los datos encontrados revelaron que los números brutos de casos y muertes fueron más altos en la microrregional cuatro. Los números proporcionales de defunciones los tuvo la microrregional con mayor porcentaje. **Conclusión:** Se concluye que los casos y muertes por COVID-19 en Olinda tuvieron impactos diferentes en cada microrregión. Proporcionalmente, en relación a la población de cada microrregión, el número de defunciones fue mayor en las microrregiones con menos casos confirmados de COVID-19, y las tres microrregiones con mayor número de defunciones en relación a la población enferma lindan entre sí.

DESCRIPTORES: Pandemias; Infecciones por Coronavirus; Epidemiología; Vigilancia en Salud Pública.

RECEBIDO EM: 03/04/2022 APROVADO EM: 23/05/2022

Debora Henrique Bezerra

Professor at the Faculty of Medicine of Olinda (FMO); Specialist in Collective Health in the Residency modality by the Faculty of Medical Sciences (FCM)/University of Pernambuco (UPE). Degree in Psychology from the Federal University of Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brazil.

ORCID: 0000-0003-2418-8864

Lusanira Maria da Fonseca de Santa Cruz

Coordinator of the Multiprofessional Residency Program in Public Health at the Faculty of Medical Sciences (FCM)/University of Pernambuco (UPE). PhD in Dentistry from the Faculty of Dentistry of Pernambuco (FOP)/UPE. Recife, Pernambuco (PE), Brazil.

ORCID: 0000-0003-2418-8864

Mariana Farias Gomes

Master in Public Health from the Aggeu Magalhães Institute - IAM/Fiocruz. Doctoral student in Public Health at IAM/Fiocruz. Recife, Pernambuco (PE), Brazil.

ORCID: 0000-0003-0895-432X

Liniker Scolfild Rodrigues da Silva

Master's student at the Postgraduate Program in Hebiatry at the University of Pernambuco (UPE). Specialist in Obstetrics Nursing in the Residency modality by Faculdade Nossa Senhora das Graças (FENSG)/UPE. Specialist in Collective Health in the Residency modality by the Faculty of Medical Sciences (FCM)/UPE. Recife, Pernambuco (PE), Brazil.

ORCID: 0000-0003-3710-851X

Rebecca Soares de Andrade

Master in Public Health from the Aggeu Magalhães Institute - IAM/Fiocruz. Doctoral student in Public Health at IAM/Fiocruz. Recife, Pernambuco (PE), Brazil.

ORCID: 0000-0003-4527-2248

Romildo Fellipe do Nascimento Silva

Master's student in Psychology and Mental Health at the University of Pernambuco (UPE). Specialist in Mental Health from the Faculty of Medical Sciences of Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP). Specialist in Cognitive-Behavioral Therapy from the Catholic University of Pernambuco (UNICAP). University Professor in the Undergraduate and Postgraduate Programs in Psychology. Recife, Pernambuco (PE), Brazil.

ORCID: 0000-0001-7760-1486

INTRODUCTION

At the end of 2019, a new variation of the already known coronavirus, scientifically called SARS-COV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, in Portuguese: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) was identified. ⁽¹⁻⁴⁾ Widespread among humans through saliva, sneezing, coughing, phlegm, touching objects or places contaminated with the virus, the most acute form of the Coronavirus Disease – 2019 (COVID-19) harms the respiratory tract and can lead to cases of pneumonia that, in greater aggravations, intervention is necessary inside beds in Intensive Care Units (ICU) and tracheal intubation of the patient. ^(5,6)

The virus can also infect cells in the cardiovascular system and gastrointestinal tract. In this sense, the highest risk groups are people who already have some type of comorbidity, such as: Systemic Arterial Hypertension (SAH), Diabetes Mellitus

(DM), Chronic Lung Disease (CLD) and Cancer (CA), as well as the elderly. ⁽⁷⁾

The first case of coronavirus in Brazil was dated April 25, 2020 through confirmation by the Minister of Health. The case concerned a man who had recently returned from Italy. This case was not only the first case of COVID-19 in Brazil, it was also the first case in Latin America. ⁽⁸⁾

In the state of Pernambuco, the first confirmed cases date back to March 12th, 2020. It was an elderly couple who, like the first case in Brazil, had traveled to Italy. In relation to the northeast region, Pernambuco was the third state to present coronavirus. ⁽⁸⁾

In Olinda, the arrival of the coronavirus points to March 23rd, when the first two cases were confirmed in the municipality. They were two men aged 42 and 50. Since March 18th, however, the municipality's prefecture has released information about suspected, discarded cases and those under investigation by the municipality's epidemiological surveillance. Un-

til the state epidemiological bulletin (EB) of April 17th, 2022 ⁽⁹⁾, there were already 661,938 deaths in Brazil and 21,536 deaths in Pernambuco. The cases recovered in the state totaled 770,999, and those infected by COVID-19 totaled 913,960 cases.

Therefore, the objective of this work is to analyze the distribution of morbidity and mortality by COVID-19 in the municipality of Olinda, Pernambuco, through information published by epidemiological bulletins.

METHODO

This is a descriptive, quantitative and cross-sectional study. This type of study is interesting to be used in this case, as it allows displaying the situation of a given disease in a given period of time. ⁽¹⁰⁾

The study site was the municipality of Olinda, located in the state of Pernambuco. According to data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE - Instituto Brasileiro de Geogra-

fia e Estatística)⁽¹¹⁾, the municipality has a population of 377,779 people, being the third largest population in the state. It has about 60% of the residences with adequate sanitary sewage; 41.8% of urban households on public roads with trees; and 17.9% of urban households on public roads with adequate urbanization.

The municipality is divided into two macro-regions and five MRs that encompass 31 neighborhoods plus a rural area. The rural area of the municipality comprises an area of 6.82 km². And the urban area has 36.73km², which makes Olinda a mainly urban municipality.⁽¹²⁾ The total population of each MR and the neighborhoods that comprise them⁽¹¹⁾ can be seen in table 1.

The database used to collect information was the EB provided by the Olinda Health Department, prepared by the municipality's health surveillance team and made available on the city's website, in order to give greater visibility and broad access to information about COVID-19 in the municipality.^(13,14)

Within the period of analysis, a total of 94 EB were found. We chose to work with the last EB of each period (April, May, June and July), since each bulletin is cumulative, bringing the accumulated data of cases and deaths up to that EB disclosure date. EB excluded from this research were those who did not provide information on the deaths linked to the neighborhoods of the subjects affected by COVID-19, that is, EB prior to April 13, 2020. From this date onwards, there was an EB where the neighborhood field was marked as "no information". In these cases, the bulletins were not excluded from the study, but the cases and deaths related to the "no information" field were not counted.

To better systematize the data, a spreadsheet was created using Microsoft Excel® 10 software. The worksheet included variables that were already present in the analyzed EB: date of publication of the bulletin, bulletin number, neighborhood of occurrence, sex, confirmed cases, deaths and total. The EB analyzed provided information on cases and deaths by notifi-

Table 1 – Division of the resident population and neighborhoods by microregion in the municipality of Olinda, Pernambuco (PE), Brazil, 2020.

Microregion	Total resident population	Neighborhoods
1	40.066 people	Alto da Conquista, Alto do Sol Nascente, Passarinho, Alto da Bondade, Caixa D'agua, São Benedito.
2	46,106 people *Rural Area of Olinda (no population estimate by IBGE 2010)	Zona Rural de Olinda, Águas Compridas, Sapucaia, Aguazinha.
3	72.625 people	Jardim Brasil, Peixinhos, Vila Popular, Sítio Novo, Salgadinho.
4	130.803 people	Rio Doce, Jardim Atlântico, Jardim Frágoso, Tabajara e Casa Caiada.
5	80.732 people	Ouro Preto, Jatobá, Bultrins, Alto da Nação, Guadalupe, Bairro Novo, Amaro Branco, Bonsucesso, Bairro do Amparo, Varadouro, Bairro do Carmo, Bairro de Santa Teresa e área do Umuarama.

Source: IBGE(11).

cation date, not by epidemiological week.

After making the spreadsheet, the confirmed cases and deaths related to each health MR were divided into four analysis periods: the first period comprised the EB of April 30th, which provided information on the accumulated number of COVID-19 cases and deaths until April 30th; the second period comprised the EB of May 31st, 2020; the third analyzed period referred to the EB on June 30th and; the fourth period referred to the bulletin of July 31st, 2020. This analyzed last bulletin provided an overview of all cases and deaths that occurred in the municipality up to that date.

To arrive at the numbers related to confirmed cases and deaths for each month between April and July, one month's data was subtracted from its previous month. For example, to find the data for the month of May, the accumulated of May was subtracted from the accumulated of April; when performing the subtraction between the data of the last EB of June

and those found for the month of May, it was possible to find the data referring to the month of June; it was performed to find the data for the month of July. This task was performed so that the variation of cases and deaths related to each health MR by COVID-19 distributed month by month, from April to July 2020, could be observed.

Subsequently, the EB data from the last day of July were analyzed, as it concentrated the accumulated number of cases and deaths since the beginning of the pandemic in the municipality until that date. Confirmed cases were related to the total population of each MR, and the number of deaths to the total number of confirmed cases of each MR. Thus, it was possible to proportionally analyze COVID-19 in the municipality of Olinda according to the population of each MR; and, knowing that the number of deaths was linked to the number of confirmed cases, it was possible to reveal a proportional image of COVID-19 in each MR of the

municipality (which may differ from the raw numbers published in the EB of the municipality, in turn).

We also analyzed data on COVID-19 morbidity related to the sex of patients. Mortality by sex, in turn, could not be analyzed, since there is no such reference in the EB in the municipality. It is worth mentioning that as of May 1st, 2020, EB started to differentiate cases into "mild cases" and "severe cases". However, in order to preserve the data by neighborhoods for the month of April in the analysis, it was decided to use the total number of cases and the total number of deaths, not distinguishing between mild cases and severe cases.

Taking into account that this research dealt only with information made available to the public, that is, secondary data, it was not necessary to submit it for approval by the Ethics and Research Committee (CEP), according to Resolution 466 of 2012 of the National Health Council (CNS).

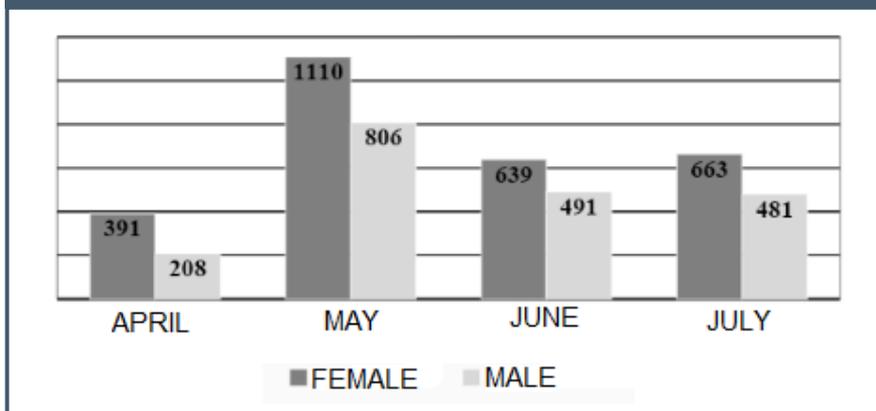
RESULTS

Until the last day of March 2022, there were 39,407 confirmed cases of COVID-19 in the municipality of Olinda, 1,047 confirmed deaths from the same disease, 17,435 cases under investigation and 85,506 discarded cases.¹⁵

Regarding the cases of COVID-19 according to sex, graph 1 shows the variation in the months studied. The number of cases was subtracted from month to month to obtain data separated by month. It was observed that, from April to July 2020, the sex most infected by COVID-19, in the municipality of Olinda, was female, in contrast to the study by Ribeiro et al. 16, which observed a higher prevalence in males, based on the assumption that women take better care of themselves in relation to health and taking into account the underreporting of cases.

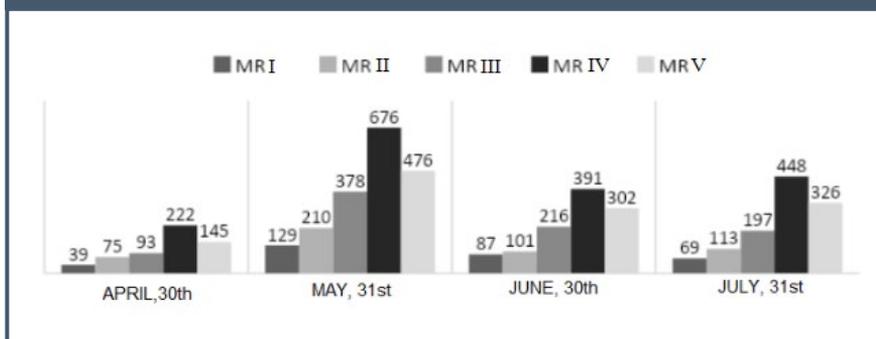
When a graph was drawn from the information on confirmed cases of COVID-19 in the municipality of Olinda, in all the periods analyzed in this study,

Graph 1 – COVID-19 morbidity divided by sex. Olinda, Pernambuco (PE), Brazil.



Source: Prepared by the authors, 2020.

Graph 2 – Confirmed cases of COVID-19 divided by microregion. Olinda, Pernambuco (PE), Brazil.



Source: Prepared by the authors, 2020.

MR IV obtained a higher raw number of confirmed cases of COVID-19 than the others. MR of the municipality (Graph 2).

The MR with the lowest gross number of cases was MR I in the entire analyzed period. In June, MR I reached values close to those of MR II. From graph 2, it can also be seen that the peak of confirmed cases of COVID-19 in the municipality of Olinda occurred in the month of May. The month of April, corresponding to the beginning of the pandemic, concentrated the lowest number of cases. Soon after, the values increased in May and began to fall in subsequent months. In July, MRs II, IV and V again suffered an increase in the gross number of confirmed cases of COVID-19 in Olinda.

Regarding the deaths that occurred in the municipality of Olinda, it was found that they began to occur in the month of April, with a higher gross number in the MR IV. In the following month, the number of deaths increased, with MR II and V getting very close to the numbers presented by MR IV, however, the fourth RM remained with the highest gross number of deaths when compared to the other MRs. In this graph (Graph 3) it can be seen that the gross number of deaths recorded by COVID-19 grew from April to May, fell in June in all MRs, and increased again in July.

In the entire period analyzed, MR IV was the one that had the highest gross number of people who did not resist CO-

VID-19 in the municipality, evolving to death. The MR with the lowest gross number of cases and deaths recorded was MR I.

Regarding the percentage of confirmed cases of RM in relation to its total population, and the percentage of deaths in relation to confirmed cases of each MR, it is worth mentioning that the EB released by the municipality provided information on the total data of cases and deaths by neighborhood. Thus, to better systematize and analyze the data, the neighborhoods were grouped by MR and data on cases and deaths were analyzed according to the population of each MR. It should be noted that, although the IBGE 2010 Census is valid, the population data for each MR must have already undergone a natural increase due to the time elapsed (ten years).

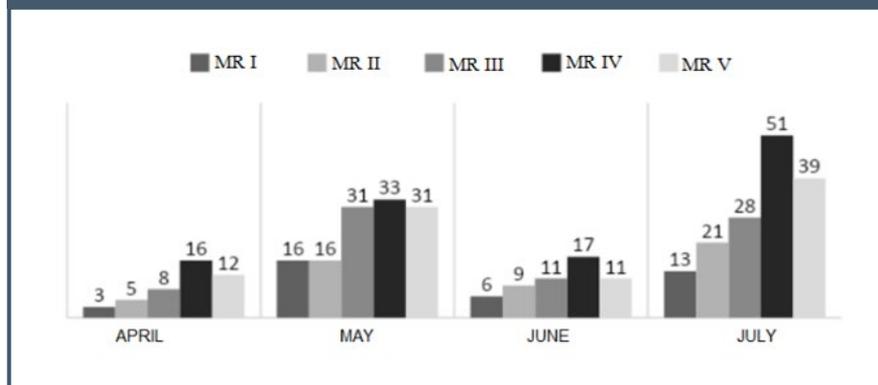
When analyzing the data taking into account the population number of each MR, the following situation is reached: In MR I, 324 people (0.81% of the population) fell ill with COVID-19. Of the sick, 12% (38) died. In MR V, 1.55% (1,249) of the population became ill, and of these 7% (93) died.

The data on confirmed cases proportionally to the population of each MR, and deaths proportionally to the confirmed cases found differ from the raw values provided by the EB. In this analysis, it was noticed that the highest proportional number of confirmed cases of COVID-19 was in MR V, where 1.55% of the total population of the MR became ill with COVID-19, while in the gross figures published in the EB, the highest number of cases is centered on MR IV.

Deaths are directly related to confirmed cases, since a person identified as a death by COVID-19 is also considered a confirmed case. That is, not all confirmed cases are deaths, but all deaths from COVID-19 are confirmed cases.

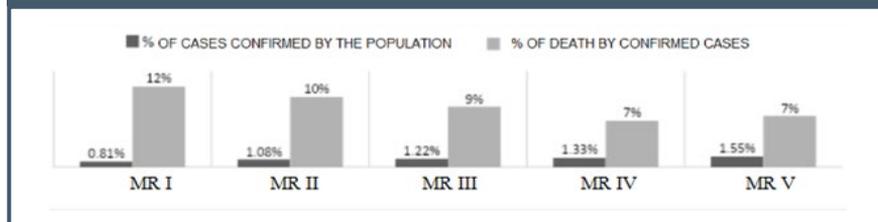
Thus, when comparing the data on deaths obtained in the last EB of July, which concentrated all cases and deaths since the beginning of the pandemic, a different situation is found when looking at the gross numbers of each MR disclosed in the EB. In this sense, the MR with the

Graph 3 – Mortality from COVID-19, divided by microregions. Olinda, Pernambuco (PE), Brazil.



Source: Prepared by the authors, 2020.

Graph 4 – Confirmed cases of COVID-19 in relation to the population of each MR and deaths recorded by COVID-19 in relation to the confirmed cases in each RM. Olinda, Pernambuco (PE), Brazil.



Source: Prepared by the authors, 2020.

highest number of deaths from confirmed cases of COVID-19 is MR I, where 12% of confirmed cases (324) of COVID-19 died from the disease. In second place, MR II with 10% of deaths (51) in relation to confirmed cases; third, MR III with 9% of deaths (78); and in fourth and fifth place, respectively, MR IV (117 deaths) and V (93 deaths), with 7% of deaths. In the raw data of the EB, as mentioned above, the largest number of deaths was concentrated in MR IV.

DISCUSSION

The epidemiological bulletin is an important tool for disseminating data on various diseases. Through this document, municipalities give visibility to the numbers of diseases present at certain times⁽¹⁷⁾

The municipality of Olinda provided data on morbidity from COVID-19 in

relation to sex, but did not report on age and race/color, education and profession. Nor did it report mortality related to sex, age, profession or education, for example, within the period studied. In the EB in the state of Pernambuco, this information can be found for the entire state, but specifically for the municipality of Olinda, this data is not available to the public.⁽¹⁸⁾

Such information is too important to understand the impact of this disease on the lives of citizens. Knowing the neighborhoods with more sick residents and more deaths, the ages of these cases and deaths, the race/color of this population and the most affected professions, can help to think about interventions, aiming to control the spread of the virus in the municipality. Here, we run into a common issue when analyzing data from notification forms: the incompleteness of the data in these forms. This fact is found

in many municipalities, not just in Olinda.⁽¹⁹⁾

Also, it should be mentioned the absence of data in the EB published on the impact of COVID-19 in the rural area of the municipality of Olinda. Despite being an extensive area and maintaining proximity to more troubled areas, the EB of the analyzed period do not mention either cases or deaths that occurred in the region. It is not known if, until the end of July, there were no cases or deaths in this area, or if these data are underreported, or even if they are part of the data available where the neighborhood field is named as “no information”.

Taking into account the state EB⁽⁹⁾ for COVID-19 on April 17th, 2022, in the state of Pernambuco, mortality was higher among males (53.3%); the age groups with the highest mortality were people aged between 70 and 79, followed by people aged 80 and over, and in third place the age group between 60 and 69 years. Regarding mortality by race/color, the state bulletin shows that mortality was higher among browns (67.7%), followed by whites (25.7%).

In Olinda, positive cases of COVID-19 were higher in the female audience. Santos⁽⁵⁾ relates the issue to the fact that women are seen as “the caregivers of the world”, being assigned to them the care of the home and family. In addition to these attributions, the female gender still massively dominates the field of health work, which during pandemics is configured as a front line in the care of the sick.⁽²⁰⁾

When deaths are related to the number of confirmed cases of COVID-19, it appears that, proportionally, the deaths were higher in MR with a smaller population and with a lower number of confirmed cases. The most populous RM is IV, as already noted. In it, proportional deaths per confirmed cases were 7%, a lower value than in MR I, where the percentage of deaths in relation to confirmed cases was 12%.

According to the Fundaj's technical note⁽²¹⁾ of June 1st, 2020, Olinda is one of the four most troubled municipalities

in the Metropolitan Region of Recife (RMR - Região Metropolitana de Recife). The note shows that there was a greater variation in cases and deaths in the most vulnerable neighborhoods of the municipalities. In this sense, Olinda would monitor the situation in Recife. Regarding the variation of deaths, the research reported that the neighborhoods of Olinda: Águas

different situations between Recife and Olinda, this municipality is following the pattern of social inequalities in that municipality. For Fundaj⁽²¹⁾, the places that had been showing the greatest variation in morbidity and mortality were the poorest neighborhoods and in situations of greater vulnerability, with lower income and insufficient access to water and quality sanitation.

MRs IV and V have a larger population, but with a larger territorial area. In addition, these MRs have part of their territory located on the seafront of the municipality. It is known that in this coastal strip there are predominantly vertical properties where middle and upper class people live. On the other hand, MRs I, II and III have a smaller territorial area, border each other and are known to be areas of greater social vulnerability in the municipality. This fact may explain the rates of 12%, 10% and 9% of deaths, respectively..

To Harvey et al.⁽²⁾ the rapid spread of SARS-COV-2 is linked to high population density and the way humans interact with each other. They attribute the rapid transmission of diseases across the planet to the impact of globalization. The authors exemplify the case of measles, which is predominant in large population centers and whose infection rate drops dramatically in less populated regions.

It can be seen that in MRs I, II and III, COVID-19 had a more “aggressive” impact, since even though the MRs were not where there were a greater number of cases, the cases that existed there became severe cases with the outcome of death in 12%, 10% and 9%, respectively. This allows us to infer that a person affected by COVID-19 living in MRs I, II and III is more likely to have the outcome of death than people with COVID-19 residing in MRs IV and V in the municipality.

In this sense, Harvey et al.⁽²⁾ state that, similarly to influenzas, the coronavirus also acquires variants according to the environment where it is installed, exposing a “division of classes in health”, in which those who have access to health insurance and can quarantine in their own homes,

The virus can also infect cells in the cardiovascular system and gastrointestinal tract. In this sense, the highest risk groups are people who already have some type of comorbidity, such as: Systemic Arterial Hypertension (SAH), Diabetes Mellitus (DM), Chronic Lung Disease (CLD) and Cancer (CA), as well as the elderly.

Compridas, Alto da Bondade and Caixa d'Água were the ones that suffered the greatest variation of deaths and had high social vulnerability. This situation was not found when analyzing the neighborhoods of Casa Caiada and Bairro Novo. In them, there was little variation in deaths and a lower social vulnerability index.

The results of the Fundaj study⁽²¹⁾ are broadly in line with the findings of this research, and show that even with

do not have to choose “between income and protection”.

CONCLUSION

The study showed that in the same territory the attack of a disease can take different forms. Comparisons between the raw data provided by the EB with the proportional data of the population of each RM and the comparison of the death data in the EB with the morbidity data, since one

depends on the other, revealed that the involvement of COVID-19 was greater in MR with a smaller population and a lower rate of confirmed cases. It is worth noting that a limitation of this study was to use population data from the 2010 Census, therefore, data lagged in a time period of ten years.

The importance of completeness of information from the EB is reinforced, since it is official data from the municipality and should be used to support health ac-

tions and services. The more data available on COVID-19, the better the understanding of how the disease has impacted the population of the municipality of Olinda, and the more effective the decisions made based on this information will be. Thus, the need to carry out research on the manifestation of COVID-19 in the rural area of the municipality is emphasized, since this information was neglected.

REFERENCES

- Alves JED. Antropoceno: a Era do colapso ambiental. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz [Internet]. 2020 [acessado em 01 ago. 2020] Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node%2F1106>
- Harvey D, Zizek S, Baidou A, Davis M, Bihr A, Zibech R. Coronavírus e a luta de classes. Terra Sem Amos: Brasil; 2020.
- Wallace A. Coronavírus: como foram controladas as epidemias de Sars e Mers (e no que elas se diferenciam da atual). BBC News Mundo [Internet]. 2020 [acessado em 01 ago. 2020] Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52815216>
- Agamben G, Zizek S, Nancy JL, Berrardi FB, Petit SL, Butler J, et al. Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo em tempos de pandemias. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio); 2020.
- Santos BS. A Cruel Pedagogia do Vírus: ensinamentos da pandemia. Nexo Jornal [Internet]. 2020 [acessado em 01 ago. 2020]. Disponível em: https://www.nexojornal.com.br/estante/trechos/2020/04/17/%E2%80%98A-cruel-pedagogia-do-v%C3%ADrus%E2%80%99-ensinamentos-dapandemia?fbclid=IwAR2ONNmVG0GTleV-LSiYoIMXXA3DrwjoYEQCUGkLE_f_NsBeUpkr9mdM38
- Freire-Silva J, Ferreira H dos, Candeias A, Pinho M, Oliveira BR. A utilização do planejamento territorial no combate da COVID-19: considerações sobre a situação dos leitos nos municípios de Pernambuco, Brasil. VD [Internet]. 6 maio 2020 [acessado em 30 ago. 2020];8(2):16-7. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1546>
- Albuquerque LTC de, Modesto CP, Albuquerque ABTC de, Vasconcelos DCM de, Pinheiro RXM. Imagens Radiológicas no covid-19: Uma Revisão Integrativa. Am. In. Mult. J., [Internet] February to May, 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; 5(8): 79-97. Disponível em: <http://Amadeusjournal.emnuvens.com.br/amadeus>
- Santos ALP dos, Figueiredo MPS de, Ferreira TAE, Gomes-Silva F, Moreira GR, Silva JE, Freitas JR de. Análise e previsão da evolução do número de óbitos por COVID-19 do estado de Pernambuco e Ceará utilizando modelos de regressão. RSD [Internet]. 27º de maio de 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; 9(7):e602974551. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4551>
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Boletim Epidemiológico COVID-19; 2022. [Internet]. 17 de abril de 2022. [acessado em 24 abr. 2022]; Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/boletim-epidemiologico-covid-19>
- Bastos JLD, Duquia RP. Um dos Delineamentos mais Empregados em Epidemiologia: estudo transversal. Notas de Epidemiologia e Estatística. ScientiaMedica, Porto Alegre; 17(4): 229-232, out./dez. 2007
- Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades/Pernambuco/Olinda; [internet]. 2010 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/olinda/panorama>
- Olinda. Prefeitura Municipal de Olinda. Olinda em Dados [internet]. 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/a-cidade/olinda-em-dados/>
- Olinda. Prefeitura Municipal de Olinda. Secretaria de Saúde de Olinda. Diretoria de Atenção Básica. Divisão das Macrorregionais de Saúde do Município de Olinda; 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletins Epidemiológicos. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 01 de agosto de 2020.
- Olinda. Prefeitura Municipal de Olinda. Boletim Epidemiológico COVID-19. 30 de março de 2022. Dados [internet]. 2022 [acessado em 24 abr. 2022]; Disponível em: <https://www.olinda.pe.gov.br/boletim-covid-19/>
- Ribeiro AM, Cabral EV, Moura KMB, Carmo HO, Oliveira FF. Análise espacial e perfil epidemiológico de ocorrências de óbitos por covid-19 no vale do paraíba. Saude coletiva; 2022,12 (74). Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2356/2911>
- Fiocruz. O que diz o boletim epidemiológico? [internet]. 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-que-diz-o-boletim-epidemiologico>
- Pernambuco. Ministério da Saúde. Boletim COVID-19 - Comunicação SES-PE. [internet]. 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1o5f-MRrh9MNOMSOlbp-109kDiwPzEE2KOE/view>
- Alvares JK, Pinheiro TMM, Santos AF, Oliveira GL. Avaliação da completude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007 - 2011. Revista Brasileira de Epidemiologia; 2015, 18(1):123-136. <http://doi.org/10.1590/1980-5497201500010010>
- Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MMC, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. Cadernos de Saúde Pública, 2020; 36 (12). <http://doi.org/10.1590/0102-311x00178320>
- Brasil. Fundação Joaquim Nabuco. FUNDAJ. Nota Técnica Fundaj/ Dipes/CIEG – 01 de junho de 2020 [internet]. 2020 [acessado em 30 ago. 2020]; Disponível em: <https://www.fundaj.gov.br/index.php/mapeamento-covid>

A visão e prática dos conselheiros de saúde sobre o conceito ampliado de saúde

The vision and practice of health counselors about the expanded concept of health

La visión y la práctica de los consejeros en salud sobre el concepto ampliado de salud

RESUMO

Objetivo - Conhecer a percepção de conselheiros sobre a questão do conceito ampliado de saúde. Métodos - Estudo observacional, com fase retrospectiva (análise de atas) e corte transversal por meio de questionário a conselheiros municipais de saúde da nominata 2017-2020 e munícipes. Compreendeu o estudo a 3 fases: Fase I: estudo das atas de agosto de 2017 até agosto de 2019; elegendo as 5 palavras mais presentes nas discussões. Fase II: Aplicação de questionário sobre conceito ampliado de saúde. Fase III: análise dos resultados do questionário e a avaliação do quão perto ou quão distante estaria o pensamento dos conselheiros com relação ao conceito ampliado de saúde. Resultados – Houve uma distância entre o que os conselheiros manifestaram ser saúde e o que era debatido nas atas, mostrando um conflito entre falas e ações. A presença de assuntos urgentes e burocráticos foi considerado o motivo deste distanciamento

DESCRITORES: Conceito ampliado de saúde, participação popular, conselhos de saúde

ABSTRACT

Objective - To know the perception of counselors on the issue of the expanded concept of health. Methods - Observational study, with a retrospective phase (analysis of minutes) and cross-sectional through a questionnaire to municipal health councilors of the 2017-2020 nomination and residents. The study consisted of 3 phases: Phase I: study of the minutes from August 2017 to August 2019; choosing the 5 most present words in the discussions. Phase II: Application of a questionnaire on the expanded concept of health. Phase III: analysis of the results of the questionnaire and the assessment of how close or how far the counselors' thinking would be in relation to the expanded concept of health. Results – There was a gap between what the counselors said was health and what was discussed in the minutes, showing a conflict between speeches and actions. The presence of urgent and bureaucratic matters was considered the reason for this distance

DESCRIPTORS: Expanded concept of health, popular participation, health councils

RESUMEN

Objetivo - Conocer la percepción de los consejeros sobre el tema del concepto ampliado de salud. Métodos - Estudio observacional, con fase retrospectiva (análisis de actas) y transversal a través de cuestionario a concejales municipales de salud de la candidatura 2017-2020 y vecinos. El estudio constó de 3 fases: Fase I: estudio de las actas de agosto de 2017 a agosto de 2019; eligiendo las 5 palabras más presentes en las discusiones. Fase II: Aplicación de un cuestionario sobre el concepto ampliado de salud. Fase III: análisis de los resultados del cuestionario y valoración de lo cerca o lejos que estaría el pensamiento de los orientadores en relación al concepto ampliado de salud. Resultados – Hubo un desfase entre lo que los consejeros dijeron que era salud y lo discutido en las actas, mostrando un conflicto entre discursos y acciones. La presencia de asuntos urgentes y burocráticos fue considerada la razón de esta distancia.

DESCRIPTORES: Concepto ampliado de salud, participación popular, consejos de salud

RECEBIDO EM: 07/03/2022 **APROVADO EM:** 19/05/2022

Aline Mirian Paszczuk

Academico de Enfermagem, Universidade da Região de Joinville, UNIVILLE
ORCID: 0000-0002-6943-0688

Luciana Ferreira Karsten

Professora Adjunta, do curso de Enfermagem Universidade da Região de Joinville, UNIVILLE
ORCID: 0000-0001-9843-3047

Cleia Aparecida Clemente Giosole

Bacharel em Direito, Pós graduada em Direitos Fundamentais e Políticas Públicas e Conselheira Municipal de Saúde de Joinville SC, Consultora e Acessora do Projeto Integrado ECOSAM
ORCID: 0000-0002-6805-6284

Luciano Henrique Pinto

Professor Adjunto, Area da Saúde, Coordenador do Projeto Integrado ECOSAM
ORCID: 0000-0003-0250-7502

INTRODUÇÃO

Encontra-se enraizado na cultura vigente uma visão reducionista relativa à questão da intervenção do processo saúde-doença. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os determinantes sociais de saúde estão diretamente relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, e destes podem ser considerados diversos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, no qual são estes os principais influenciadores a problemas de saúde e demais fatores de risco a população¹.

Há uma variação por parte de diversos atores sobre a compreensão dos mecanismos que acarretam as adversidades que comprometem a saúde, sendo por muitas vezes reducionistas e biológicos, limitados e ineficazes. Por esta razão, os determinantes socioambientais e outros fatores não podem ignorados em uma perspectiva envolvendo um conceito ampliado de saúde e planejamento em saúde¹.

Contrapondo a esta visão reducionista, vários movimentos sanitários pregaram no passado a questão de uma visão mais ampliada sobre saúde, pensamento este expresso no “Informe Lalond”², no qual as intervenções médicas e farmacológicas ficavam atrás do cuidado ao meio ambiente e da adoção de estilo de vida saudável como fatores de garantia a saúde. Foi assim que no Brasil se formou o conceito ampliado de saúde (CAP), elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986³, no qual elementos como renda, habitação e meio ambiente foram considerados como fato-

Estudo conduzido pelo pesquisador Schilling, aponta para a discussão sobre o financiamento e os níveis de atenção, sendo que por diversas vezes, o investimento na atenção primária é visto interessante por gestores, por falta de uma percepção sobre prevenção e tendência a ações imediatista como as hospitalares

res atrelados a saúde.

É neste contexto que entra a questão levantada por Reigota⁴ referente ao “meio ambiente socialmente construído” (MASC), no qual o ambiente modificado pelo homem pode ser saudável, não saudável, e/ou requerer ações por parte do poder público ou do controle social para torná-lo saudável aos seus habitantes⁵; sendo esta questão também alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização Mundial da Saúde.

Uma vez que se tem a noção de que questões socioambientais e outros determinantes estão entre esses elementos constitutivos da saúde – em seu conceito ampliado - há de se esperar a presença de discussões referentes a estas questões em fóruns de participação popular de saúde, como o Conselho Municipal de Saúde. Entretanto, com um imperativo da visão biológica da saúde; a dúvida que fica é qual é a percepção dentro de um grupo de conselheiros municipais, e quais os fatores que impedem este grupo de entender e pensar de forma mais ampliada a questão da saúde, incluindo o meio ambiente e demais questões sociais?

Este trabalho objetiva conhecer a percepção por parte de conselheiros de saúde sobre o conceito ampliado de saúde nas suas atividades, bem como os fatores que condicionam o entendimento que trazem, e refletir como trabalhar esta questão.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo observacional, com fase retrospectiva (análise de atas) e corte transversal (inquérito da população

escolhida para o estudo). A investigação se deu por meio de inquérito on-line - via plataforma GoogleForms® em função da pandemia do COVID-19. Participaram conselheiros municipais de saúde da nominata 2018-2020 e munícipes indicados por eles, residentes na cidade de Joinville SC.

Por envolver seres humanos, respeitou-se a legislação vigente no Brasil, e o presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVILLE, sendo apreciado e avaliado como aprovado obtendo protocolo de aprovação com registro CAA 26897719.0.0000.5366.

A população estudada correspondeu a conselheiros municipais de saúde e de munícipes por eles indicados para realização do estudo, totalizando uma amostra de 80 participantes (40 conselheiros e suplentes e seus indicados). Os critérios de inclusão escolhidos foram [a] ser conselheiro municipal de saúde na nominata vigente, [b] ter acima de 18 anos, e [c] o aceite de participar do estudo. Para os munícipes os critérios de inclusão foram: [a] não ter relação com entidades voltadas à saúde, [b] não ter vínculo com serviços públicos de saúde como funcionário, e [c] aceite para participar do estudo. Os critérios de exclusão geral foram [a] não ter boa capacidade de comunicação.

O estudo foi realizado em três fases: Fase I; correspondeu ao estudo das atas utilizando o software on-line Word Clouds®. Foram analisadas todas as atas de assembleias ordinárias e extraordinárias do período da nominata vigente que correspondeu de agosto de 2017 até agosto de 2019, no qual depois se elencou as 5 palavras mais presentes em todo o período de estudo, excluindo a palavra “saúde” (presente obrigatoriamente nas atas). Este material foi utilizado como parte do estudo na fase seguinte. Fase II: Correspondeu a um questionário sobre questões relativas ao conceito ampliado de saúde e situações de saúde encontradas em jornais e revistas, e o resultado da fase I envolvendo as atas, com o objetivo de confrontar a realidade, o que se discute no conselho e a concepção de conceito

ampliado de saúde (Figura 1).

A Fase III correspondeu a análise dos resultados do questionário e a avaliação do quão perto ou quão distante estaria o pensamento dos conselheiros com relação ao conceito de saúde adotado no Brasil, tendo os munícipes como referência, e refletir sobre este distanciamento ou aproximação do conceito de saúde. Os dados plotados foram expressos em formas de gráficos para posterior análise e discussão dos resultados encontrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como resultados deste estudo, teve-se na fase I a análise de um total de 28 atas no período estipulado pelo estudo, sendo 24 ordinárias e 4 extraordinárias. Na fase II 36 dos 40 conselheiros (titulares e suplentes) responderam ao questionário e 33 munícipes responderam também o responderam.

Palavras mais presentes nas atas do conselho municipal de saúde

As palavras mais comuns encontradas na análise via “nuvem de palavras” se encontram na Tabela 1:

Nota-se que os principais temas abor-



Arte: Os autores

Tabela 1: Análise das atas via Nuvem de Palavras: As cinco palavras mais frequentes nas em ordem decrescente de frequência em que aparecem. Recursos, hospital e verba são quase totalidade dos temas

As cinco palavras mais frequentes	Percentual entre elas %	Percentual % acumulado
Recurso	36	36
Hospital	34	70
Verba	22	92
Valor	8	100
Total	100	

Fonte: Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde

dados se referem a temática financeira, em que recursos, verba e valores estão entre os verbetes mais presentes. O termo hospital foi o segundo mais citado nas discussões do conselho; o que mostra uma priorização do nível de atenção vinculado a este tipo de instituição, em relação a atenção primária, por exemplo.

Estudo conduzido pelo pesquisador Schilling⁶, aponta para a discussão sobre o financiamento e os níveis de atenção, sendo que por diversas vezes, o investimento na atenção primária é visto interessante por gestores, por falta de uma percepção sobre prevenção e tendência a ações imediatista como as hospitalares, o que apenas evidencia a questão do mal uso estratégico de recursos em saúde, visto que o menor investimento em atenção primária implica em maiores gastos no terciário que é mais dispendioso⁷.

Como forma de contrapor o que foi encontrado nas atas para promover a discussão a respeito da problemática envolvida neste artigo, traz-se a questão dos determinantes de saúde apresentado por Lalond em seu “Informe Lalond”², expressos na tabela 2:

Nota-se a discrepância, uma vez que hospitais correspondem a apenas 11% dos fatores relativos à saúde, e é um dos temas mais abordados nas atas. No encaixo se observa a questão dos custos, um reflexo da questão da visão mais hospitalocêntrica que exige mais recursos devido a suas intervenções pautadas em questões mais tecnológicas⁸.

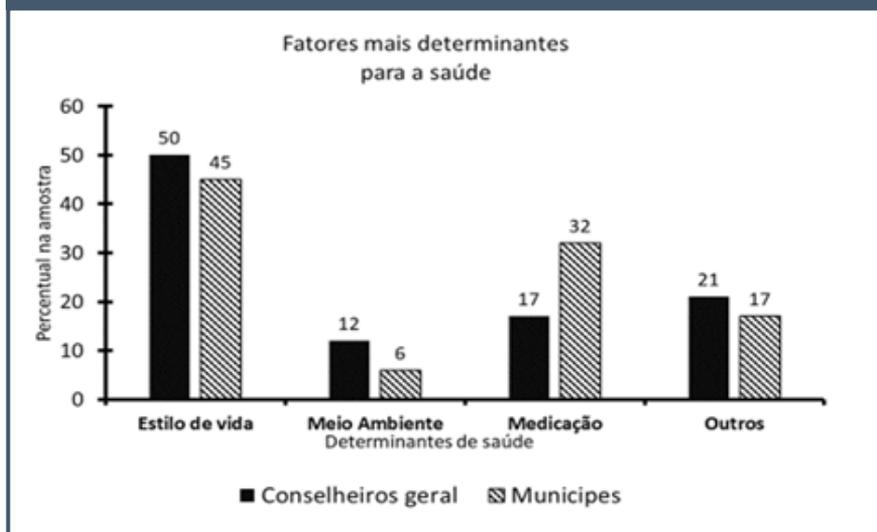
Neste cenário, tem-se a questão então de verificar como os conselheiros compreendem a questão dos determinantes em saúde, e a dificuldade de expressá-los em fóruns de saúde. Neste cenário tem a importância do profissional de saúde no processo de educação em saúde em termos de “participação popular”. Segundo o trabalho intitulado “Ser enfermeiro, ser conselheiro: despertando para o controle social e saúde pública”⁹ a atividade do enfermeiro e demais profissionais de saúde junto a comunidade é de mostrar os elementos constitutivos de saúde e fazer com que esta população se conscientize

Tabela 2: Os quatro determinantes de saúde e seu ranking de influência sobre a saúde, apontados pelos conselheiros no questionário aplicado. Estilo de vida e elementos da atenção primária em primeiro lugar, seguido de questões genéticas.

Determinantes de saúde	Percentual %	Percentual % acumulado
Estilo de vida, alimentação	43	43
Herança genética	27	70
Meio Ambiente	19	89
Médicos e Medicamentos e hospitalares	11	100
Total	100	

Fonte: Questionário aplicado a população em estudo

Figura 2: Fatores que mais determinam saúde segundo opinião de conselheiros e munícipes



Fonte: Original, dos autores

e lute pelos direitos em saúde, no qual a percepção sobre os determinantes de saúde se torna essencial para o controle social.

Percepção geral dos conselheiros e munícipes a respeito da importância dos determinantes de saúde, segundo conceito ampliado de saúde

Quando conselheiros e munícipes foram inquiridos sobre os fatores que estariam associados a saúde, neste caso representado por Estilo de vida, Meio Ambiente, e Medicação, a maioria dos

conselheiros apontaram o estilo de vida, seguido da medicação, como os principais fatores ligados a saúde; tendo o meio ambiente como o menos impactante (Figura 2).

Esta é uma visão bem difundida entre todos que lidam com a saúde e um conceito bastante utilizado, no qual o cuidar em saúde, a prevenção e promoção a saúde são compreendidos como essenciais, porém nota-se que não são expressos nas reuniões, o que abre uma reflexão sobre o porquê de um discurso voltado a compreensão sobre o que é saúde, versus uma

prática que contradiz ao que é entendido. Tal temática foi abordada por Fernandes Ferreira; em que o processo de formação de conselheiros com a participação de profissionais de saúde trouxe uma melhor compreensão por parte da comunidades sobre o conceito ampliado de saúde¹⁰.

A presença das dificuldades para implementar as ações em uma visão ampliada de saúde são fatores que dificultam o exercício do saber em saúde por parte de municípios e conselheiros¹¹; no qual pautas consideradas urgentes acabam sendo as mais apreciadas, sem espaços para temas e planejamento a longo prazo. Assim debates sobre leitos e falta de medicação são mais valorizados e o hábito do planejamento reduzido.

Uma estratégia para reverter tal condição passa pela necessidade de educação continuada de conselheiros sobre a importância do também planejamento em saúde e defesa da atenção primária¹⁰.

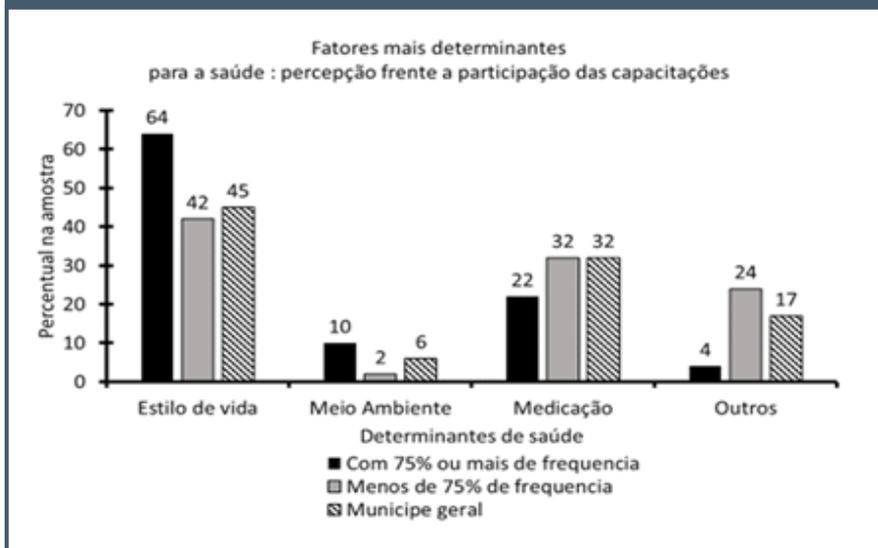
Influência da capacitação dos conselheiros na sua percepção sobre o conceito ampliado de saúde

A formação e capacitação de profissionais é uma das questões de maior discussão na Saúde Pública, com grande abrangência de diferentes áreas da saúde, envolvendo subáreas com importante diversidade¹¹. O Conselho Municipal é composto por profissionais da área da saúde, governantes, prestadores de serviços da saúde e também por usuários, no qual uma compreensão mais harmoniosa sobre saúde e planejamento se faz importante¹³.

Ao analisar a participação em capacitações de educação continuada no CMS de Joinville, notou-se que os mais frequentes tinham melhor compreensão sobre os temas mais voltados à compreensão do conceito de saúde, comparado com os de menos frequência (Figura 3).

Pode-se observar no gráfico acima, que temos uma baixa percepção no determinante Meio Ambiente, ressaltando ainda mais a importância da capacitação. Muitas doenças advêm do chamado Meio Ambiente Socialmente Construído, no

Figura 3: Compreensão a partir do nível de frequência a reuniões de capacitação e educação continuada.



Fonte: Original, dos autores

Figura 4: Motivos dos temas mais pertinentes nas reuniões



Fonte: Original, dos autores

qual a ação deve ser no ambiente para se ter maior efetividade, e não apenas medicalizada; como ocorre com uso de antiparasitários em regiões com nível de saneamento básico afetado¹¹.

Frente aos contrassensos encontrados na pesquisa, o confronto entre as informações e os conselheiros se fez necessário, na etapa final desta pesquisa, onde se questionou o porquê de se saber o que é

saúde, mas não praticar este entendimento nas reuniões.

Motivos para não se discutir saúde em seu conceito ampliado nas reuniões do conselho municipal de saúde

Para a maioria dos conselheiros, a urgência das pautas de orçamento e envolvendo atenção terciária seriam o motivo da predominância deste perfil nas atas,

como se observa na Figura 4. Não se considera desconhecimento do SUS ou falta de convicção, mas sim uma pressão. A qualificação e normatização das ações de conselheiros, com reserva de pautas para questões pertinentes a saúde que fuja da rotina comum é um o fator determinante para garantir a participação mais democrática e menos burocrática da representação popular¹².

Nota-se que os conselheiros têm noção, até superior ao dos municípios em vários quesitos abordados nesta pesquisa, entretanto o modus de agir e a não priorização e defesa de certas pautas compro-

mete o melhor agir dos conselheiros.

CONCLUSÃO

Considerando a dúvida norteadora deste trabalho, expressa na questão “qual a percepção dentro de um grupo de conselheiros municipais, e quais os fatores que impedem este grupo de entender e pensar de forma mais ampliada a questão da saúde, incluindo o meio ambiente e demais questões sociais?”; pode-se notar que a percepção sobre saúde esta próxima do que é preconizado pelas diretrizes do SUS, entretanto na prática não se aplica

tal visão e muito pouco se discute em termos estratégicos esta questão, ficando as assembleias dominadas por temas burocráticos e distantes do conceito ampliado de saúde.

Percebe-se que não falta entendimento sobre o que é saúde e sobre o funcionamento do SUS por parte dos conselheiros, mas uma sobrecarga pautas burocráticas; condição esta que precisa ser repensada em conselhos e discussões sobre saúde envolvendo a questão da participação popular

REFERÊNCIAS

1. Bird EL, Ige JO, Pilkington P, et al. Built and natural environment planning principles for promoting health: an umbrella review. *BMC Public Health* 2018; 18: 930.
2. Buss PM, Hartz ZM de A, Pinto LF, et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc saúde coletiva* 2020; 25: 4723-4735.
3. Rosário CA, Baptista TW de F, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde debate* 2020; 44: 17-31.
4. Reigota M. Meio ambiente e representação social. São Paulo: Cortez, 2007.
5. Pinto, LH; Rosa, SM; Paszczuk, AM; et al. O meio ambiente e sua representação social: relação e interface com a saúde contrapondo a medicalização do processo de saúde. *Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios*, 2020, p. 172-180
6. Schilling S, Ribeiro K, Coimbra M, et al. Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. *Rahis* 2021; 18: 41-54.
7. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet* 2019; 394: 1365-1375.
8. Manyara AM, Buunaaisie C, Annett H, et al. Exploring the multidisciplinary extent of public health career structures in 12 countries: an exploratory mapping. *Journal of Public Health* 2018; 40: e538-e544.
9. Hoppe ADS, Magedanz MC, Weigelt LD, et al. Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. *Cinergis* 2017; 18: 335.
10. Mendonça EM, Lanza FM. Perspectivas da intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma reflexão teórica. *RSD* 2020; 9: e2549119834.
11. Dias GL, Camponogara S, Costa VZ da, et al. Representações sociais sobre saúde e meio ambiente para equipes de Estratégia Saúde da Família. *Saude soc* 2018; 27: 163-174.
12. Farias ES de S, Vieira EP. A atuação dos conselheiros de educação para o fortalecimento da gestão democrática. *Rev Exitus* 2020; 10: e020117.

The vision and practice of health counselors about the expanded concept of health

A visão e prática dos conselheiros de saúde sobre o conceito ampliado de saúde

La visión y la práctica de los consejeros en salud sobre el concepto ampliado de salud

RESUMO

Objetivo - Conhecer a percepção de conselheiros sobre a questão do conceito ampliado de saúde. Métodos - Estudo observacional, com fase retrospectiva (análise de atas) e corte transversal por meio de questionário a conselheiros municipais de saúde da nominata 2017-2020 e municípios. Compreendeu o estudo a 3 fases: Fase I: estudo das atas de agosto de 2017 até agosto de 2019; elegendo as 5 palavras mais presentes nas discussões. Fase II: Aplicação de questionário sobre conceito ampliado de saúde. Fase III: análise dos resultados do questionário e a avaliação do quão perto ou quão distante estaria o pensamento dos conselheiros com relação ao conceito ampliado de saúde. Resultados – Houve uma distância entre o que os conselheiros manifestaram ser saúde e o que era debatido nas atas, mostrando um conflito entre falas e ações. A presença de assuntos urgentes e burocráticos foi considerado o motivo deste distanciamento

DESCRITORES: Conceito ampliado de saúde, participação popular, conselhos de saúde

ABSTRACT

Objective - To know the perception of counselors on the issue of the expanded concept of health. Methods - Observational study, with a retrospective phase (analysis of minutes) and cross-sectional through a questionnaire to municipal health councilors of the 2017-2020 nomination and residents. The study consisted of 3 phases: Phase I: study of the minutes from August 2017 to August 2019; choosing the 5 most present words in the discussions. Phase II: Application of a questionnaire on the expanded concept of health. Phase III: analysis of the results of the questionnaire and the assessment of how close or how far the counselors' thinking would be in relation to the expanded concept of health. Results – There was a gap between what the counselors said was health and what was discussed in the minutes, showing a conflict between speeches and actions. The presence of urgent and bureaucratic matters was considered the reason for this distance

DESCRIPTORS: Expanded concept of health, popular participation, health councils

RESUMEN

Objetivo - Conocer la percepción de los consejeros sobre el tema del concepto ampliado de salud. Métodos - Estudio observacional, con fase retrospectiva (análisis de actas) y transversal a través de cuestionario a concejales municipales de salud de la candidatura 2017-2020 y vecinos. El estudio constó de 3 fases: Fase I: estudio de las actas de agosto de 2017 a agosto de 2019; eligiendo las 5 palabras más presentes en las discusiones. Fase II: Aplicación de un cuestionario sobre el concepto ampliado de salud. Fase III: análisis de los resultados del cuestionario y valoración de lo cerca o lejos que estaría el pensamiento de los orientadores en relación al concepto ampliado de salud. Resultados – Hubo un desfase entre lo que los consejeros dijeron que era salud y lo discutido en las actas, mostrando un conflicto entre discursos y acciones. La presencia de asuntos urgentes y burocráticos fue considerada la razón de esta distancia.

DESCRIPTORES: Concepto ampliado de salud, participación popular, consejos de salud

RECEBIDO EM: 07/03/2022 **APROVADO EM:** 19/05/2022

Aline Mirian Paszczuk

Nursing Student, University of the Joinville Region, UNIVILLE
ORCID: 0000-0002-6943-0688

Luciana Ferreira Karsten

Adjunct Professor, Nursing course, University of the Region of Joinville, UNIVILLE
ORCID: 0000-0001-9843-3047

Cleia Aparecida Clemente Giosole

Bachelor of Laws, Postgraduate in Fundamental Rights and Public Policies and Municipal Health Counselor of Joinville SC, Consultant and Advisor of the Integrated Project ECOSAM
ORCID: 0000-0002-6805-6284

Luciano Henrique Pinto

Adjunct Professor, Health Area, Coordinator of the ECOSAM Integrated Project
ORCID: 0000-0003-0250-7502

INTRODUCTION

A reductionist view of the issue of intervention in the health-disease process is rooted in the current culture. According to the World Health Organization (WHO), the social determinants of health are directly related to the conditions in which a person lives and works, and from these, several social, economic, cultural, ethnic, psychological and behavioral factors can be considered, in which these are the main influencers of health problems and other risk factors for the population.¹

There is a variation on the part of different actors on the understanding of the mechanisms that cause the adversities that compromise health, which are often reductionist and biological, limited and ineffective. For this reason, socio-environmental determinants and other factors cannot be ignored in a perspective involving an expanded concept of health and health planning.¹

Opposing this reductionist view, several health movements in the past preached the question of a broader view of health, a thought expressed in the “Informe Lalond”², in which medical and pharmacological interventions lagged behind care for the environment and the adoption of a healthy lifestyle as health guarantee factors. This is how the expanded concept of health (CAP - conceito ampliado de saúde) was created in Brazil, developed at the VIII National Health Conference in 1986³, in which elements such as income, housing and environment were considered as factors linked to health.

It is in this context that the question raised by Reigota⁴ referring to the “so-

Study conducted by researcher Schilling, points to the discussion about funding and levels of care, and on several occasions, investment in primary care is seen as interesting by managers, due to the lack of a perception of prevention and a tendency to immediate actions such as hospital ones

cially constructed environment” (MASC - meio ambiente socialmente construído), in which the human-modified environment can be healthy, unhealthy, and/or require actions by public authorities or social control to make it healthy for its inhabitants⁵; this issue being also aligned with the Sustainable Development Goals of the World Health Organization.

Once there is a notion that socio-environmental issues and other determinants are among these constitutive elements of health – in its expanded concept – it is to be expected the presence of discussions regarding these issues in forums of popular participation in health, such as the Municipal Health Council. However, with an imperative of the biologist view of health; the question that remains is what is the perception within a group of municipal councilors, and what are the factors that prevent this group from understanding and thinking more broadly about the health issue, including the environment and other social issues?

This work aims to know the perception of health counselors about the expanded concept of health in their activities, as well as the factors that condition the understanding they bring, and to reflect on how to work on this issue.

METHOD

This was an observational study, with a retrospective phase (analysis of minutes) and cross-sectional (survey of the population chosen for the study). The investigation was carried out through an online survey - via the GoogleForms[®] platform due to the COVID-19 pandemic. Municipal health councilors of the 2018-2020

nomination and citizens nominated by them, residing in the city of Joinville SC, participated.

As it involves human beings, the legislation in force in Brazil was respected, and the present project was submitted to the Research Ethics Committee (CEP) of UNIVILLE, being evaluated and evaluated as approved, obtaining an approval protocol with registration CAA 26897719.0.0000.5366.

The population studied corresponded to municipal health counselors and residents appointed by them to carry out the study, totaling a sample of 80 participants (40 councilors and alternates and their nominees). The inclusion criteria chosen were [a] being a municipal health counselor in the current nomination, [b] being over 18 years old, and [c] accepting to participate in the study. For the citizens, the inclusion criteria were: [a] not having a relationship with health-oriented entities, [b] not having a relationship with public health services as an employee, and [c] accepting to participate in the study. The general exclusion criteria were [a] not having good communication skills.

The study was carried out in three phases: Phase I; corresponded to the study of the minutes using the online software Word Clouds®. All the minutes of ordinary and extraordinary meetings of the current nomination period, which corresponded from August 2017 to August 2019, were analyzed, in which the 5 most present words in the entire study period were listed, excluding the word “saúde” (compulsorily present in the minutes). This material was used as part of the study in the next phase. Phase II: Corresponds to a questionnaire on questions related to the expanded concept of health and health situations found in newspapers and magazines, and the result of phase I involving the minutes, with the objective of confronting reality, what is discussed in the council and the concept of an expanded health concept (Figure 1).

Phase III corresponded to the analysis of the results of the questionnaire and the evaluation of how close or how far the

counselors' thinking would be in relation to the concept of health adopted in Brazil, having the citizens as a reference, and reflect on this distancing or approximation of the concept of health. The plotted data were expressed in the form of graphs for further analysis and discussion of the results found.

RESULTS AND DISCUSSION

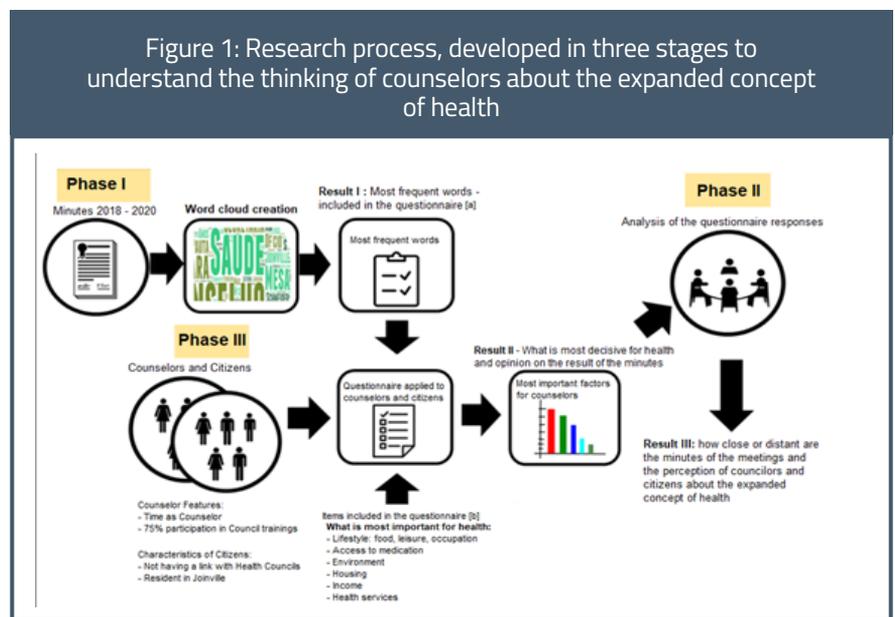
As a result of this study, phase I analyzed a total of 28 minutes in the period stipulated by the study, 24 ordinary and 4 extraordinary. In phase II, 36 of the 40

councilors (principals and alternates) answered the questionnaire and 33 citizens also answered the questionnaire.

Most present words in the minutes of the municipal health council

The most common words found in the analysis via “word cloud” are found in Table 1:

It is noted that the main topics addressed refer to the financial theme, in which resources, funds and values are among the most frequent entries. The term hospital was the second most cited in the council's discussions; which shows a prioritization



Art: The authors

Table 1: Analysis of minutes via Word Cloud: The five most frequent words in descending order of frequency in which they appear. Resources, hospital and budget are almost all of the themes:

The five most frequent words	Percentage between them %	Accumulated % percentage
Resource (Recurso)	36	36
Hospital	34	70
Budget (Verba)	22	92
Value (Valor)	8	100
Total	100	

Source: Minutes of Municipal Health Council meetings

of the level of care linked to this type of institution, in relation to primary care, for example.

Study conducted by researcher Schilling⁶, points to the discussion about funding and levels of care, and on several occasions, investment in primary care is seen as interesting by managers, due to the lack of a perception of prevention and a tendency to immediate actions such as hospital ones, which only highlights the issue of strategic misuse of health resources, since the lower investment in primary care implies greater expenditure in the tertiary care, which is more expensive.⁷

As a way of opposing what was found in the minutes to promote the discussion about the problem involved in this article, the issue of health determinants presented by Lalond in his “Lalond Report”² is presented, expressed in table 2:

The discrepancy is noted, since hospitals account for only 11% of health-related factors, and it is one of the most discussed topics in the minutes. In pursuit, the issue of costs is observed, a reflection of the issue of a more hospital-centric view that requires more resources due to its interventions based on more technological issues.⁸

In this scenario, there is the question of verifying how counselors understand the issue of health determinants, and the difficulty of expressing them in health forums. In this scenario, there is the importance of the health professional in the health education process in terms of “popular participation”. According to the work entitled “Being a nurse, being a counselor: awakening to social control and public health” (in the original, “Ser enfermeiro, ser conselheiro: despertando para o controle social e saúde pública”)⁹ the activity of nurses and other health professionals with the community is to show the constitutive elements of health and make this population aware and fight for health rights, in which the perception of health determinants becomes essential for social control.

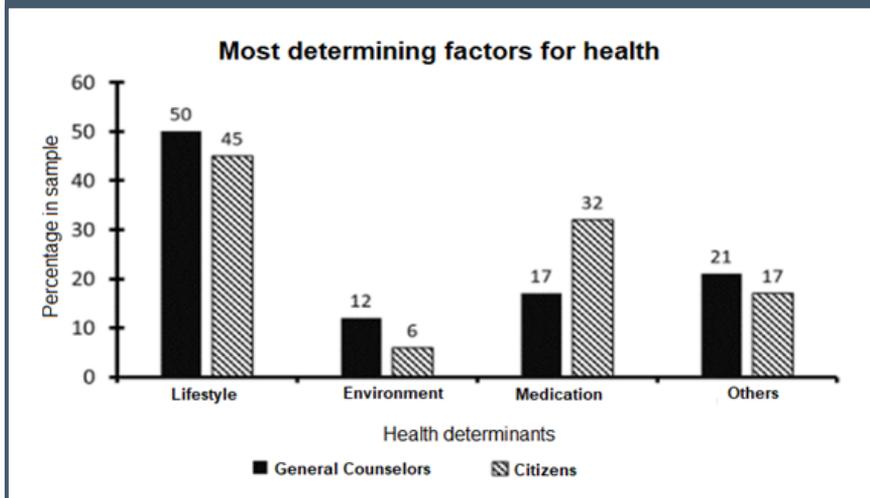
General perception of councilors and citizens regarding the importance of health determinants, according to the

Table 2: The four health determinants and their ranking of influence on health, pointed out by the councilors in the questionnaire applied. Lifestyle and primary care elements first, followed by genetic issues.

Health determinants	Percentage %	Accumulated % percentage
Lifestyle, Food	43	43
Genetic inheritance	27	70
Environment	19	89
Doctors, Medicines and Hospitals	11	100
Total	100	

Source: Questionnaire applied to the study population

Figure 2: Factors that most determine health according to the opinion of councilors and citizens



Source: Original, by the authors

expanded concept of health

When councilors and citizens were asked about the factors that would be associated with health, in this case represented by Lifestyle, Environment, and Medication, most councilors pointed to lifestyle, followed by medication, as the main factors related to health; having the environment as the least impacting (Figure 2).

This is a widespread view among all who deal with health and a widely used concept, in which health care, prevention and health promotion are understood as essential, however, it is noted that they are not expressed in the meetings, which

opens a reflection on the reason for a discourse aimed at understanding what health is, versus a practice that contradicts what is understood. This theme was addressed by Fernandes Ferreira; in which the process of training councilors with the participation of health professionals brought a better understanding on the part of the communities about the expanded concept of health.¹⁰

The presence of difficulties to implement actions in an expanded view of health are factors that make it difficult for residents and councilors to exercise knowledge in health¹¹; in which agendas considered urgent end up being the most

appreciated, without space for themes and long-term planning. Thus, debates about beds and lack of medication are more valued and the habit of reduced planning.

A strategy to reverse this condition involves the need for continuing education of counselors on the importance of planning in health and in the defense of primary care.¹⁰

Influence of counselor training on their perception of the expanded concept of health

The training and qualification of professionals is one of the most discussed issues in Public Health, with wide coverage in different areas of health, involving sub-areas with significant diversity.¹¹ The Municipal Council is composed of health professionals, government officials, health service providers and also users, in which a more harmonious understanding of health and planning is important.¹³

When analyzing the participation in continuing education training at the Joinville CMS, it was noted that the most frequent ones had a better understanding of the topics more focused on understanding the concept of health, compared to those with less frequency (Figure 3).

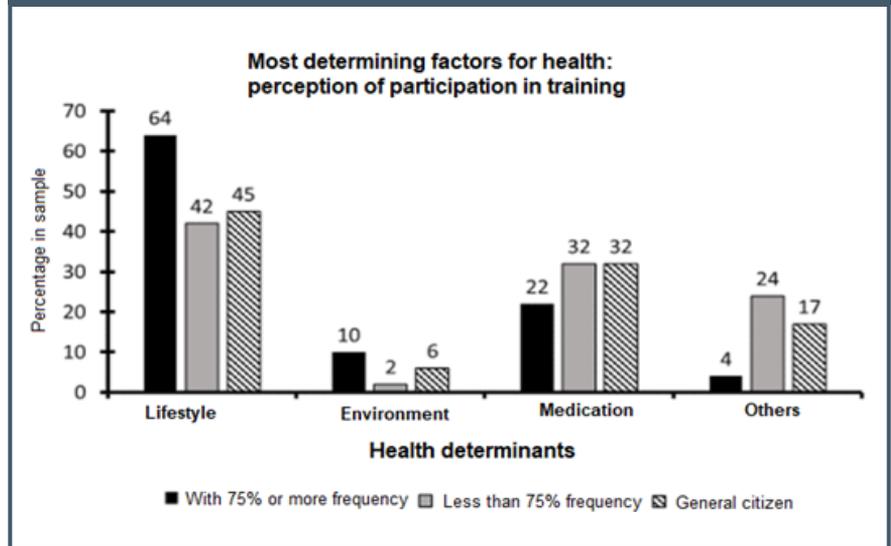
It can be seen in the chart above that we have a low perception of the determinant Environment, further emphasizing the importance of training. Many diseases come from the so-called Socially Built Environment, in which the action must be in the environment to be more effective, and not just medicalized; as with the use of antiparasitic drugs in regions with an affected level of basic sanitation.¹¹

Faced with the contradictions found in the research, the confrontation between the information and the counselors was necessary, in the final stage of this research, where the reason for knowing what health is, but not practicing this understanding in the meetings was questioned.

Reasons for not discussing health in its expanded concept at municipal health council meetings

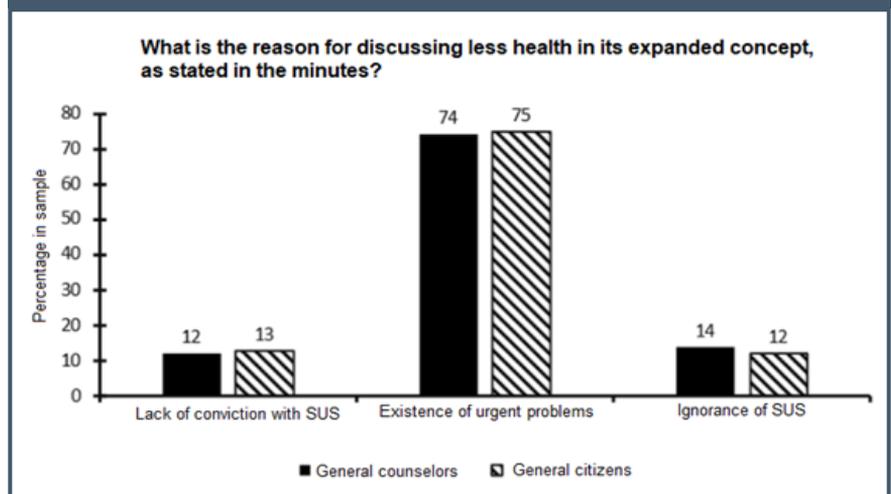
For most councilors, the urgency of bu-

Figure 3: Understanding from the level of attendance at training and continuing education meetings.



Source: Original, by the authors

Figure 4: Reasons for the most relevant topics in the meetings



Source: Original, by the authors

dget guidelines and involving tertiary care would be the reason for the predominance of this profile in the minutes, as seen in Figure 4. It is not considered ignorance of the SUS or lack of conviction, but rather pressure. The qualification and regulation of the actions of counselors, with the reservation of guidelines for issues related to health that are outside the common routine, is a determining factor to guarantee

a more democratic and less bureaucratic participation of popular representation.¹²

It is noted that the councilors have a notion, even superior to that of the citizens in several questions addressed in this research, however the modus of acting and the non-prioritization and defense of certain agendas compromises the best action of the councilors.

CONCLUSION

Considering the guiding doubt of this work, expressed in the question “what is the perception within a group of municipal councilors, and what are the factors that prevent this group from understanding and thinking more broadly about the health issue, including the environment

and other social issues?”; it can be noted that the perception of health is close to what is recommended by the SUS guidelines, however, in practice this view does not apply and this issue is rarely discussed in strategic terms, with the assemblies being dominated by bureaucratic issues and far from the expanded concept of health.

It is noticed that there is no lack of understanding on what health is and on the functioning of the SUS on the part of the counselors, but an overload of bureaucratic guidelines; This condition needs to be rethought in health councils and discussions involving the issue of popular participation.

REFERENCES

1. Bird EL, Ige JO, Pilkington P, et al. Built and natural environment planning principles for promoting health: an umbrella review. *BMC Public Health* 2018; 18: 930.
2. Buss PM, Hartz ZM de A, Pinto LF, et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc saúde coletiva* 2020; 25: 4723-4735.
3. Rosário CA, Baptista TW de F, Matta GC. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. *Saúde debate* 2020; 44: 17-31.
4. Reigota M. Meio ambiente e representação social. São Paulo: Cortez, 2007.
5. Pinto, LH; Rosa, SM; Paszczuk, AM; et al. O meio ambiente e sua representação social: relação e interface com a saúde contrapondo a medicamentação do processo de saúde. *Ciências da Saúde no Brasil: Impasses e Desafios*, 2020, p. 172-180
6. Schilling S, Ribeiro K, Coimbra M, et al. Debate acerca do novo financiamento da APS: um relato de experiência. *Rahis* 2021; 18: 41-54.
7. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. *The Lancet* 2019; 394: 1365-1375.
8. Manyara AM, Buunaaisie C, Annett H, et al. Exploring the multidisciplinary extent of public health career structures in 12 countries: an exploratory mapping. *Journal of Public Health* 2018; 40: e538-e544.
9. Hoppe ADS, Magedanz MC, Weigelt LD, et al. Participação popular no Sistema Único de Saúde: olhar de usuários de serviços de saúde. *Cinergis* 2017; 18: 335.
10. Mendonça EM, Lanza FM. Perspectivas da intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma reflexão teórica. *RSD* 2020; 9: e2549119834.
11. Dias GL, Camponogara S, Costa VZ da, et al. Representações sociais sobre saúde e meio ambiente para equipes de Estratégia Saúde da Família. *Saude soc* 2018; 27: 163-174.
12. Farias ES de S, Vieira EP. A atuação dos conselheiros de educação para o fortalecimento da gestão democrática. *Rev Exitus* 2020; 10: e020117.

É como se fossemos o próprio vírus: sentimentos de profissionais da saúde na pandemia COVID-19

It's as if we were the virus itself: feelings of health professionals in the COVID-19 pandemic

Es como si fuéramos el propio virus: sentimientos de los profesionales de la salud en la pandemia de COVID-19

RESUMO

Objetivo: desvelar os sentimentos dos profissionais de saúde da atenção primária frente à pandemia da COVID-19 e como esta tem afetado a sua vida na comunidade. Método: estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório, realizado com 28 profissionais de saúde de uma regional de saúde do Estado do Paraná, de março a abril de 2021. As entrevistas ocorreram a partir da seguinte pergunta disparadora: Como você se sentiu sendo profissional de saúde da atenção primária durante a pandemia e como isso afetou a sua vida na comunidade? Todos os aspectos éticos e legais previstos foram respeitados. Resultados: Por meio da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias, sendo elas: "A pandemia é real e chegou na minha cidade", a qual representa o medo e receio das mudanças vividas no cotidiano profissional da atenção primária em saúde como a suspensão da visita domiciliar, base de grande parte do trabalho; e "A marginalização do profissional de saúde", que ilustra como o medo da contaminação gerou a hostilização da categoria. Considerações finais: a pandemia exigiu mudanças abruptas, e a insegurança em assistir a pacientes contaminados, seja pelo receio da transmissão cruzada ou pelo risco de contaminar a própria família, levam a repercussões no processo de trabalho destes profissionais, bem como, na saúde física e psíquica dos mesmos. Além disso, a responsabilidade da conscientização e do cuidado constantes, contribuíram para que esses profissionais estivessem expostos ao estresse e sobrecarga emocional.

DESCRITORES: COVID-19; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Pandemias.

ABSTRACT

Objective: to reveal the feelings of primary care health professionals in the face of the COVID-19 pandemic and how it has affected their life in the community. Method: a qualitative, exploratory study, carried out with 28 health professionals from a health region in the State of Paraná, from March to April 2021. The interviews took place from the following triggering question: How did you feel being a professional of primary care during the pandemic and how has this affected your life in the community? All ethical and legal aspects provided for were respected. Results: Through the analysis of the content of the interviews, two categories emerged, namely: "The pandemic is real and has arrived in my city", which represents the fear and apprehension of the changes experienced in the professional routine of primary health care, such as the suspension of home visits, the basis of much of the work; and "The marginalization of the health professional", which illustrates how the fear of contamination generated the hostility of the category. Final considerations: the pandemic demanded abrupt changes, and the insecurity in assisting contaminated patients, either for fear of cross-transmission or for the risk of contaminating the family itself, lead to repercussions in the work process of these professionals, as well as in the physical and psyche of them. In addition, the responsibility of constant awareness and care contributed to these professionals being exposed to stress and emotional overload.

DESCRIPTORS: COVID-19; Nursing; Primary Health Care; Pandemics.

RESUMEN

Objetivo: revelar el sentir de los profesionales de salud de atención primaria frente a la pandemia de COVID-19 y cómo ha afectado su vida en la comunidad. Método: estudio cualitativo, exploratorio, realizado con 28 profesionales de la salud de una región de salud del Estado de Paraná, de marzo a abril de 2021. Las entrevistas se realizaron a partir de la siguiente pregunta desencadenante: ¿Cómo te sentiste siendo profesional de la atención primaria? durante la pandemia y cómo ha afectado esto su vida en la comunidad? Se respetaron todos los aspectos éticos y legales previstos. Resultados: A través del análisis del contenido de las entrevistas surgieron dos categorías, a saber: "La pandemia es real y llegó a mi ciudad", que representa el miedo y la aprensión ante los cambios vividos en el cotidiano profesional de la atención primaria de salud, como la suspensión de las visitas domiciliarias, base de gran parte del trabajo; y "La marginación del profesional de la salud", que ilustra cómo el miedo a la contaminación generó la hostilidad de la categoría. Consideraciones finales: la pandemia exigió cambios abruptos, y la inseguridad en la atención de pacientes contaminados, ya sea por temor a la transmisión cruzada o por el riesgo de contaminar a la propia familia, repercute en el proceso de trabajo de estos profesionales, así como en el físico y psíquico de ellos. Además, la responsabilidad de constante concientización y cuidado contribuyó a que estos profesionales estuvieran expuestos a estrés y sobrecarga emocional.

DESCRIPTORES: COVID-19; Enfermería; Primeros auxilios; Pandemias.

RECEBIDO EM: 07/04/2022 APROVADO EM: 01/06/2022

Bianca Machado Cruz Shibukawa

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora no Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil.
ORCID: 0000-0002-7739-7881

Camila Moraes Garollo Piran

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brasil.
ORCID: 0000-0002-9111-9992

Beatriz Souza da Fonseca

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brasil.
ORCID: 0000-0002-3469-2231

Marcela Demitto Furtado

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora no Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brasil.
ORCID: 0000-0003-1427-4478

Maria de Fátima Garcia Lopes Merino

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora no Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brasil.
ORCID: 0000-0001-6483-7625

Ieda Harumi Higarashi

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brasil.
ORCID: 0000-0002-4205-6841

INTRODUÇÃO

A doença respiratória de rápida disseminação mundial, inicialmente detectada em Wuhan na China, em 2019, levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar, a partir de março de 2020, a pandemia pela COVID-19. A doença causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), é caracterizada como uma síndrome respiratória aguda grave (SRAG), com taxas de letalidade e mortalidade significativas, representando uma ameaça às medidas sanitárias, bem como à saúde pública mundial¹.

Tal infecção respiratória tem como principais sintomas coriza, tosse seca, cefaleia, dispneia, vômitos, diarreia, perda do olfato e/ou do apetite e erupções cutâneas. Os casos graves da doença podem apresentar complicações como insuficiência respiratória, sepse, tromboembolismo e/ou insuficiência de múltiplos órgãos, podendo levar inclusive à morte².

Em vista disso, os profissionais de saúde passam a ser protagonistas no manejo, planejamento e cuidado a pacientes contaminados pela COVID-19, contribuindo para a promoção da saúde e mitigação da doença. Entretanto, estes mesmos profissionais, por constituírem o grupo atuante na assistência à saúde do paciente e na chamada “linha de frente” ao combate à pandemia, tornam-se cada vez mais vulneráveis aos efeitos da pandemia tendo, muitas vezes, a sua saúde física e psíquica comprometida³⁻⁴.

Para suprir as necessidades advindas da pandemia, os serviços de saúde, em especial a Atenção Primária em Saúde (APS), por ser a principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sofreram diversas modificações e adaptações a fim de atender a nova demanda, com foco no atendimento a pacientes contaminados por COVID-19⁵.

De acordo com o Boletim Epidemiológico Especial, divulgado através do

Ministério da Saúde em julho de 2021, existem cerca de 141 milhões de casos de COVID-19 confirmados no mundo. Os Estados Unidos da América, Índia e Brasil apresentam os números mais relevantes de ocorrência da doença, somando aproximadamente 60 milhões de casos acumulados. Dentre eles, no Brasil foram notificados 469.569 casos suspeitos de COVID-19 entre profissionais de saúde, sendo 26% positivos para a doença. No que se refere às taxas de hospitalização e óbito nesse grupo, ocorreram 77,3% de notificações por SRAG, sendo 27,2% destes com desfechos fatais⁶.

Dessa forma, os profissionais de saúde que lidam diretamente com a exposição ao vírus estão constantemente suscetíveis ao estresse ocupacional e à pressão relacionada à tomada de decisões complexas, de vida ou morte, entre seus pacientes. O enfrentamento a situações críticas como as vivenciadas atualmente, pode desencadear sentimentos negativos na vida destes pro-

fissionais^{4,7}.

Estudos que objetivam estabelecer reflexões sobre a saúde mental de profissionais de saúde frente ao cuidado e combate a pandemia da COVID-19, evidenciam os principais efeitos psicossociais decorrentes destas vivências. Entre os impactos que a doença causa, constata-se o medo constante da alta exposição à carga virulenta e, conseqüentemente, contaminação e morte^{4,7}. Além disso, a vivência da perda de colegas de trabalho e/ou familiares, a eventual exposição a condições insalubres de trabalho com falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a condição de exaustão física e emocional, bem como o estigma e discriminação da sociedade por serem potenciais agentes de transmissão do vírus, constituem-se em aspectos que delineiam este cenário de enfrentamento^{8,9}.

Considerando as lacunas na literatura nacional relacionadas à temática, faz-se necessário questionar: “Quais são os sentimentos dos profissionais de saúde da atenção primária durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e qual o impacto desta experiência em sua vida e no âmbito de seu convívio social?” Portanto, o presente estudo tem como objetivo desvelar os sentimentos dos profissionais de saúde da atenção primária frente à pandemia da COVID-19 e como esta tem afetado a sua vida na comunidade.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório, realizado com profissionais de saúde de uma regional de saúde do Estado do Paraná. Para garantir a qualidade metodológica desta pesquisa, foram adotados os critérios estabelecidos na diretriz COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) para sua produção. A pesquisa foi realizada no período de março a abril de 2021¹⁰.

Inicialmente, realizou-se contato com todos os municípios da referida regional de saúde (RS), a qual conta com 30 municípios, por ocasião da reunião com os gestores municipais de saúde na sede da RS,

solicitando a indicação de um profissional de saúde que fosse responsável pela coordenação das atividades da APS em cada localidade. Estabeleceu-se como critério de inclusão o período de um ano como tempo mínimo de atuação no cargo, contudo, não houve exclusão por este motivo. Dois

[...] os profissionais de saúde que lidam diretamente com a exposição ao vírus estão constantemente suscetíveis ao estresse ocupacional e à pressão relacionada à tomada de decisões complexas, de vida ou morte, entre seus pacientes.

municípios se negaram a participar por falta de pessoal, levando à participação de um total de 28 profissionais de saúde.

Com os nomes e números telefônicos das indicações dos gestores, a pesquisadora entrou em contato com os profissionais de saúde, se apresentando e fazendo o

convite para participar da pesquisa e, mediante o aceite, realizou-se o agendamento da entrevista conforme a disponibilidade do profissional. As entrevistas ocorreram por meio da plataforma eletrônica Google Meet, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Antes do início de cada entrevista, a pesquisadora leu o termo de consentimento livre e esclarecido, além de pedir a permissão para a gravação.

As entrevistas ocorreram a partir da seguinte pergunta disparadora: Como você se sentiu sendo profissional de saúde da atenção primária durante a pandemia e como isso afetou a sua vida na comunidade?

Cada entrevista teve duração média de 30 minutos que resultaram em 87 páginas digitadas no Programa Microsoft Word®, com espaçamento entrelinhas de 1,5 pontos. Os dados transcritos foram enviados por e-mail a todos os participantes, para sua leitura e aprovação.

Os dados foram importados para o Programa NVivo Release versão 1.5.1®, como procedimento auxiliar no processo de análise de conteúdo, seguindo as etapas de pré-análise, descrição analítica e a interpretação inferencial¹¹. A fase de codificação inicial ocorreu para emergir concepções acerca dos sentimentos dos profissionais de saúde da atenção primária durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e qual o impacto desta experiência em sua vida e no âmbito de seu convívio social. Por um processo de aproximação e distanciamento, os principais temas foram identificados e nomeados, além de discutidos sob a luz da literatura nacional e internacional.

A identificação dos participantes foi realizada por meio da letra “P” de profissionais e pelo algarismo arábico respectivo à ordem de realização das entrevistas, a fim de garantir o sigilo das identidades.

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e aprova-

do sob parecer nº 4.594.485, CAAE: 24906719.9.0000.0104.

RESULTADOS

Dos 28 participantes deste estudo, 26 (92,8%) eram enfermeiros, uma (3,6%) nutricionista e uma (3,6%) assistente social. A média de idade foi de 38 anos, com predominância do sexo feminino, já que havia um único participante do sexo masculino, e com tempo médio de atuação no cargo de sete anos.

Com o advento da pandemia, muitas mudanças foram impostas ao cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da atenção primária. As rotinas profissionais e pessoais foram alteradas e os profissionais tiveram que se adequar à uma nova realidade. Por meio da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias, sendo elas: “A pandemia é real e chegou na minha cidade”; e “A marginalização do profissional de saúde”.

A pandemia é real e chegou na minha cidade

A pandemia foi responsável por uma mudança drástica no quadro da saúde global, com a perda de milhares de vidas para a doença. Quando as notícias da pandemia começaram a invadir os meios midiáticos brasileiros, as grandes metrópoles foram as primeiras a serem afetadas, de tal modo que, quando o vírus alcançou as pequenas cidades, os sentimentos dos profissionais de saúde responsáveis pela atenção primária, foram diversos. Surgiram manifestações de medo do vírus altamente contagioso, de angústia frente ao desconhecido, ao que deveria ser enfrentado, além de descrença por parte de alguns profissionais sobre a gravidade da doença e a responsabilidade com relação à saúde da comunidade:

A minha unidade virou UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do dia pra noite. Então, no dia a minha diretora chegou numa quinta-feira e falou assim “olha, teve reunião na secretaria, amanhã a gente co-

meça a trabalhar como UPA”, uma unidade que não tem nem rede de oxigênio. P17

Foi muito complicado, a gente ficou muito nervoso, muito tenso com medo de pegar, medo de passar pra família, medo de passar pra outro paciente. P22

[...] fiquei quase louca e não dormia, chorava todo dia, desesperada, porque tudo eu tinha que fazer, eu já estava sobrecarregada [...] O psicológico abalado não permite trabalhar de uma forma tranquila. P28

Percebe-se, nas falas dos profissionais de saúde, o receio e a tensão de estar em um serviço onde a entrada se dá em livre demanda, na vigência de uma pandemia. Tal conduta foi justificada, principalmente no início da pandemia, por não haver muitos protocolos de biossegurança definidos para o atendimento ao COVID-19.

Embora a atenção primária em saúde execute parte do seu trabalho com a comunidade por meio de visitas domiciliares, durante a pandemia tais ações foram suspensas, alterando significativamente o trabalho dos profissionais, como demonstram os relatos a seguir:

Temos muita dificuldade de adentrar dentro das casas, tem muitas pessoas que tem medo da gente, sabe?!...Assim, a gente acaba fazendo uma visita do portão, [...] nem os que estão graves nos permitem entrar. P19

Afetou todo o trabalho do PSF (programa saúde da família), né?! As ACS (agentes comunitárias de saúde) pararam de fazer visita porque ninguém quer a gente, profissional de saúde, na casa. P24

Assim, muito embora se registrassem relatos de pessoas da comunidade e de alguns profissionais da saúde que não acre-

ditavam na doença, a percepção de uma realidade devastadora, que envolveu membros da própria família e a sociedade como um todo, cristalizou-se com o avanço da pandemia.

Tinham pacientes que não acreditavam na COVID, tinha até colegas de profissão que não acreditavam. Então a gente tinha que fazê-los entender isso, e aí veio a vacina, muitos não queriam tomar a vacina porque tinham muito medo [...] quando as pessoas próximas da gente morreram, aí o pessoal começou a ficar com medo. P22

Depois que a gente teve o primeiro óbito, começou a subir demais os casos, o pessoal falou “opa, o pessoal da saúde tem razão, não é só uma gripezinha”. Aí começaram a respeitar um pouquinho mais. P21

O trabalho de conscientização sobre a doença junto à população deve ser constante e, desde o início da pandemia, tem se mostrado um desafio para os profissionais. As oscilações do número de casos ao longo do período, fragilizam as ações de cuidado com a saúde em geral, expondo os indivíduos à contaminação. As orientações básicas referentes aos protocolos de biossegurança à população são permanentemente reiteradas, e mesmo diante dos esforços dos profissionais, muitas vezes parecem ser desconsideradas por muitos.

A gente voltou a ter que bater sobre a importância dos cuidados, distanciamento, uso correto da máscara, uso correto do álcool em gel. Tem que ficar lembrando: “passa o álcool em gel na mão”, “senhor, põe a máscara no rosto”. P11

O boletim começa a diminuir, começa a melhorar, você não tem noção da aglomeração que acontece nos finais de semana, em bares, lanchonete. P13

Mais de 200 jovens com caminhonete, bebida, música, porque daí tá longe da cidade, faz a festa à vontade, se aglomera e volta pra casa, que é onde passa para os avós, para os pais. Então é desanimador, a questão da conscientização das pessoas não existe. P25

Infelizmente, as oscilações dos números da pandemia se dão pelas dificuldades na manutenção dos cuidados, que a população deveria manter, para a proteção individual e coletiva. Assim, observa-se que as pessoas, frente a este cenário e diante das próprias ações, acabam por estabelecer uma barreira entre elas e o profissional de saúde, devido ao medo de retaliações a seus comportamentos em aglomerações e desrespeitos aos decretos de saúde vigentes.

A marginalização do profissional de saúde

A pandemia pode levar à eclosão dos mais diversos sentimentos nos seres humanos como medo, raiva, tristeza, indignação, receio, preocupação, frustração e incômodo. Contudo, por vezes, estes sentimentos acabam sendo direcionados àquelas pessoas que estão trabalhando para combater a pandemia, como é o caso dos profissionais de saúde.

Como os trabalhadores de saúde estão na linha de frente no combate à pandemia, a comunidade tem vivenciado uma dualidade de sentimento em relação a estes profissionais, ora vistos e tratados como heróis, ora contribuindo para um processo de marginalização dos mesmos. Embora no cenário midiático mundial, os profissionais de saúde sejam exaltados como bravos combatentes nesta batalha travada contra pandemia, em seus municípios, muitas vezes, estes são marginalizados em função da sua maior exposição à doença.

É como se a gente fosse o vírus em pessoa, resumindo tudo, é como se a gente fosse o vírus em pessoa. Então assim, se titulou enfermeiro ou técnico de enfermagem, é como se a

gente fosse o vírus em pessoa. P15

A população estava se afastando da gente, [...] teve caso de dono de supermercado que não deixava a gente entrar, eles mandavam entregar para os profissionais de saúde. P11

Teve um dia que a gente quase teve que chamar a polícia pra entrar dentro da casa da mulher, que a gente sabia que ela não estava bem, [...] que se ela não vai pro hospital, ela vai morrer. Então, a gente passou por esse estresse, né?! [...] incrível, a pessoa prefere morrer que deixar um profissional de saúde ver ela. P22

As formas como os profissionais de saúde da atenção primária relatam terem sido hostilizados é algo perturbador, considerando-se os esforços imprimidos por estes agentes no cuidado a toda a sociedade no momento de pandemia.

Medo de contaminação, eles tinham muito! Ainda tem, né?! Os pacientes que vão e saem espirrando álcool no ar e até mesmo em nós, profissionais...Mais isso, assim. “esse vírus, não quero pegar esse vírus, se eu pegar eu vou morrer”. P16

Olha, eu brigo bastante ainda, sou aquela que ainda briga porque não estava de máscara, até aqui dentro da UBS, a gente tinha situações de pessoas sem máscaras, dos próprios funcionários, então a gente brigava, [...] e sempre me xingavam, achando que eu estava louca e exagerando. P28

Evidencia-se, pelos depoimentos, o desrespeito e a falta de empatia, por parte da população que, respaldada pelo medo, insegurança e falta de informação, atribui ao profissional, atuante em ambiente de risco, a culpabilidade por uma eventual transmissão do vírus para a comunidade. Além disso, são comuns os conflitos no

âmbito da própria equipe, frente à inobservância de alguns membros às medidas de proteção individual recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, para o controle e combate ao COVID-19.

DISCUSSÃO

Percebe-se que o surgimento do vírus em municípios de pequeno porte parecia uma realidade distante no início da pandemia. As pequenas cidades demoraram a vivenciar a pandemia, no entanto, a partir dos primeiros casos confirmados da doença, esta logo passou a fazer parte do dia a dia das pessoas, estando presente em todos os países, estados e municípios, afetando todos os indivíduos independentemente da faixa etária, sexo, raça/cor, classe social e profissão. Diante dessa nova realidade, a pandemia se tornou algo muito estressante, levando os profissionais de saúde da atenção primária a vivenciarem sentimentos de medo, insegurança, ansiedade e cansaço, ocasionados pelas novas demandas nos serviços de saúde.

A atenção à saúde mental dos profissionais de saúde atuantes na linha de frente no enfrentamento da COVID-19 é urgente. Essas pessoas, necessitam serem cuidadas para poder cuidar, uma vez que lidam diariamente com grandes desafios entre curas, perdas e inúmeras reorganizações no ambiente de trabalho, nos mais diferentes pontos da rede de atenção à saúde¹². Além disso, os sentimentos que permeiam a vida dos trabalhadores de saúde estão relacionados à preocupação com a sua própria saúde e das pessoas do seu convívio (principalmente os mais vulneráveis e com condições crônicas), bem como relacionada à incerteza acerca do futuro¹³.

O atendimento de livre demanda e a reestruturação de protocolos de atendimento voltados ao atual cenário pandêmico também repercutiram na realidade de atuação dos profissionais de saúde da atenção primária. Assim, lidar com o desconhecido e com informações inconclusivas acerca da doença, repercutem com dificuldades do sistema de saúde em fornecer a resposta adequada para a necessidade da

população. Com isso, é fundamental que os funcionários da saúde estejam protegidos no seu ambiente de trabalho, como por exemplo, com o suprimento adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI). O uso de EPI é essencial para minimizar os riscos da infecção pelo vírus, além de proporcionar mais segurança para os profissionais¹⁴.

Dentre as atribuições da atenção primária em saúde, está a atenção domiciliar, definida como umas das estratégias essenciais no cuidado em saúde nos diferentes ciclos da vida. Entretanto, em virtude da pandemia, as visitas domiciliares (VD) foram, em sua maioria, suspensas. Esse contexto de impossibilidade de realizar VD se tornou comum, por conta do isolamento e distanciamento social. Em seu lugar, foram implementados outros formatos de atendimento, com o uso de consultas virtuais, objetivando manter o cuidado e ao mesmo tempo reduzir a propagação da doença¹⁵.

A pandemia levou, deste modo, ao aumento do número de profissionais da atenção primária que incorporaram a atenção virtual na sua prática¹⁶. Com base nessa experiência, constata-se que as tecnologias digitais no ambiente de trabalho dos profissionais da saúde têm se mostrado como uma possibilidade de enfrentar as dificuldades do acesso do paciente ao atendimento presencial¹⁷. Com isso, a telessaúde tem proporcionado um alcance maior do que seria possível de outra forma, configurando-se em estratégia eficaz de cuidado nesse período de pandemia¹⁵.

Nos relatos apresentados pelos profissionais de saúde, percebe-se que uma parcela destes quanto da comunidade em geral, vivenciou um período de negação, ao não acreditarem que a pandemia era real. Tal percepção foi modificada, no entanto, em decorrência do avanço dos casos, e na medida das perdas vivenciadas. O quadro epidemiológico que se apresenta até os dias de hoje afeta os indivíduos multidimensionalmente, pois exerce impacto nas dimensões física, emocional, psicológica, econômica e social. Entretanto, mesmo que os sentimentos negativos sejam es-

perados, é essencial detectar de maneira precoce os extremos, como a ansiedade e o medo exacerbado¹⁸.

A atenção primária em saúde tem trabalhado incansavelmente para enfrentar a pandemia por meio de ações de prevenção e conscientização acerca da COVID-19,

[...] A insegurança em assistir a pacientes contaminados, seja pelo receio da transmissão cruzada ou pelo risco de contaminar a própria família, bem como, conviver com a ausência de protocolos bem definidos de assistência, levam a repercussões no processo de trabalho destes profissionais, bem como, na saúde física e psíquica dos mesmos.

visando redução nos números de casos. Como meio de enfrentamento de problemas de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, a atenção primária tem se mostrado como uma estratégia de excelência na saúde pública, mediante ações

de prevenção, vigilância epidemiológica e acompanhamento dos pacientes recuperados da doença¹⁹.

Muitas emoções e sentimentos negativos emanados da comunidade, acabam sendo direcionados aos profissionais de saúde, os quais abdicaram de suas famílias e do convívio social, em favor de seu trabalho no cuidado do outro. Os profissionais da linha de frente da pandemia, ao atuarem como socorristas de emergência e prestadores de serviços de saúde, tornam-se vulneráveis, durante esse período, sofrendo inclusive com danos morais ocasionados pela própria população¹².

Nota-se que, ao mesmo tempo em que os profissionais de saúde são considerados heróis pela sociedade, também são marginalizados na realidade em que estão inseridos. O estigma e a discriminação direcionada aos indivíduos infectados e em relação as pessoas que cuidam desse público com COVID-19, se tornou fenômeno frequente. Assim, diante desse fato, combater o estigma social e os desdobramentos deste, deve ser prioridade para os profissionais de saúde mental¹³.

O envolvimento dos profissionais de saúde com o serviço e com a sociedade interfere na saúde física, mental e no bem-estar tanto dos trabalhadores quanto de suas famílias, pois a maneira como eles são vistos, apoiados ou rejeitados pela comunidade, reverberam na sua própria autoimagem, gerando ou não sentimentos de valorização, gratificação, respeito e reconhecimento²⁰.

A inquietação acerca do cenário pandêmico cresce cada vez mais, tanto nas mídias tradicionais (como televisão, rádio e redes digitais) como nas mídias sociais, que passaram a ressaltar informações relacionadas a experiências dos profissionais de saúde. A grande quantidade de notícias disseminadas e o acúmulo de informações nesse período foi definido como “infodêmica”, no sentido do grande risco que notícias falsas passam a ter, alcançando mais indivíduos que o próprio vírus, e consequentemente, causando incertezas e preocupações nas pessoas leigas^{13,21}.

Diante das notícias falsas e dos diferen-

tes problemas trazidos a público, parte da sociedade passa a marginalizar os profissionais de saúde. Com isso, é importante o conhecimento das verdadeiras vivências no ambiente de trabalho vinculado à COVID-19, possibilitando a reflexão sobre o sofrimento moral e priorizando medidas que asseverem a segurança, saúde e bem-estar dos profissionais de saúde durante a pandemia²⁰.

Mesmo que os profissionais de saúde da atenção primária não estejam em contato direto com o paciente que positivou para COVID-19, como os profissionais das UTIs especializadas, estes estão presentes na linha de frente para enfrentamento da doença e, portanto, diante do desconhecimento deste diagnóstico na clientela atendida. A atenção primária em saúde se constitui em importante polo de comunicação na rede de atenção, por meio de suas estratégias e ações de âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e prevenção de agravos, como também a identificação dos primeiros sintomas da COVID-19, e o acompanhamento e reabilitação dos pacientes²¹. Diante de tantos aspectos elogiosos em sua atuação, entretanto, os profissionais de saúde ainda vivenciam um fenômeno paradoxal,²⁰ como descrito no relato do estudo “É como se a

gente fosse o vírus em pessoa. P15”. Assim, de heróis da pandemia, por um lado, estes trabalhadores passam a vivenciar, concomitantemente, um processo de marginalização e hostilização da comunidade, como potenciais fontes de propagação da doença.

Destaca-se como limitação do presente estudo o fato de ter sido realizado somente com um profissional de saúde, representante de cada município vinculado à regional de saúde. Contudo, foi possível identificar diversas realidades que são comuns e vivenciadas na pandemia. Outro aspecto limitante, diz respeito à necessidade de realização das entrevistas de forma remota, o que pode ter influenciado na fluência da narrativa mediante a interação presencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo permitiram reconhecer as percepções e sentimentos vivenciados por profissionais atuantes na APS. Com a chegada da pandemia no Brasil, ocorreram mudanças abruptas, exigindo uma nova postura e abordagem dos pacientes acometidos pela doença. A insegurança em assistir a pacientes contaminados, seja pelo receio da transmissão

cruzada ou pelo risco de contaminar a própria família, bem como, conviver com a ausência de protocolos bem definidos de assistência, levam a repercussões no processo de trabalho destes profissionais, bem como, na saúde física e psíquica dos mesmos. Além disso, a responsabilidade da conscientização e do cuidado constantes, contribuíram para que esses profissionais estivessem expostos ao estresse e sobrecarga emocional.

No que concerne aos sentimentos de marginalização experimentados pelos profissionais de saúde, destaca-se a percepção de uma relação ambígua destes com a comunidade, que ao mesmo tempo em que cultiva profundo respeito e admiração pelo trabalho e abnegação dos trabalhadores da linha de frente, os teme e os marginaliza como se fossem o próprio vírus.

De qualquer modo, os resultados encontrados na presente investigação podem subsidiar reflexões acerca dos sentimentos envolvidos no processo de assistência por parte dos profissionais de saúde da atenção primária no cenário pandêmico, sendo aspectos relevantes a serem considerados tanto pelos gestores estaduais e federais, quanto pela comunidade como um todo.

REFERÊNCIAS

1. Croda JHR, Garcia LP. Immediate Health Surveillance Response to COVID-19 Epidemic. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 29(1): e2020002. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li W, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 382(8): 727-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
3. Ventura-Silva JMA, Ribeiro OMPL, Trindade LL, Nogueira MAA, Monteiro MAJ. Ano internacional da enfermagem e a pandemia da COVID-19: a expressão na mídia. *Cienc Cuid Saúde.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 19:e55546. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.55546>
4. Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface (Botucatu).* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 25: e200203. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>
5. Sarti TD, Lazarini WS, Fontanelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol. Serv. Saude.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 29(2):e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
6. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico Especial nº71: doença pelo novo coronavírus – COVID-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/julho/16/boletim_epidemiologico_covid_71.pdf
7. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ISM, Andrade LR et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciênc. saúde coletiva.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 25(9):3465-3474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
8. Oliveira WA, Cardoso EAO, Silva JL, Santos MA. Psychological and occupational impacts of the recent successive pandemic waves on health workers: an integrative review and lessons learned. *Estud. psicol.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 37: e200066. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>
9. Wong J, Goh QY, Tan Z, Lie SA, Tay YC, Yi S, et al. Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Can J Anesth.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 67: 732-745. Disponível

em: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01620-9>

10. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 34: eAPE02631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>

11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.

12. Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry Investig.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 17(6): 491–505. <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2020.0161>

13. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 63(1): e32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

14. Moey PKS, Ang ATW, Liang GL, Chin DC, Wai MC, Teo SSH, et al. What are the measures taken to prevent COVID-19 infection among healthcare workers? A retrospective study in a cluster of primary care clinics in Singapore. *BMJ Open.* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 11: e049190. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049190>

15. Wilson G, Currie O, Bidwell S, Saeed B, Dowell A, Halim AA, et al. Empty waiting rooms: the New Zealand general practice experience with telehealth during the COVID-19 pandemic. *N Z Med J.* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 134(1538): 89–101. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34239148/>

16. Mohammed HT, Hyseni L, Bui V, Gerritsen B, Fuller K, Sung J, et al. Exploring the use and challenges of implementing virtual

visits during COVID-19 in primary care and lessons for sustained use. *PLoS One.* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 16(6): e0253665. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253665>

17. McGrail KM, Ahuja MA, Leaver CA. Virtual Visits and Patient-Centered Care: Results of a Patient Survey and Observational Study. *J Med Internet Res.* 2017 [citado em 2021 ago. 19]; 19(5): e177. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.7374>

18. Ramos-Toescher AM, Tomaschewisk-Barlem JG, Barlem ELD, Castanheiras RL, Toescher RL. Mental health of nursing professionals during the COVID-19 pandemic: support resources. *Escola Anna Nery.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 24(spe):e20200276. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276>

19. Mas-Bermejo P, Sánchez-Valdés L, Somarriba-López L, Valdivia-Onega NC, Vidal-Ledo MJ, Alfonso-Sánchez I, et al. Equity and the Cuban National Health System's response to COVID-19. *Rev Panam Salud Publica.* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 45:e80. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.80>

20. Caram CS, Ramos FRS, Almeida NG, Brito MJM. Moral suffering in health professionals: portrait of the work environment in times of COVID-19. *Rev Bras Enferm.* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 74(Suppl 1): e20200653. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0653>

21. Ashcroft R, Donnelly C, Dancey M, Gill S, Lam S, Kourgiantakis T, et al. Primary care teams' experiences of delivering mental health care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 22: 143. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01496-8>

It's as if we were the virus itself: feelings of health professionals in the COVID-19 pandemic

É como se fossemos o próprio vírus: sentimentos de profissionais da saúde na pandemia COVID-19

Es como si fuéramos el propio virus: sentimientos de los profesionales de la salud en la pandemia de COVID-19

RESUMO

Objetivo: desvelar os sentimentos dos profissionais de saúde da atenção primária frente à pandemia da COVID-19 e como esta tem afetado a sua vida na comunidade. Método: estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório, realizado com 28 profissionais de saúde de uma regional de saúde do Estado do Paraná, de março a abril de 2021. As entrevistas ocorreram a partir da seguinte pergunta disparadora: Como você se sentiu sendo profissional de saúde da atenção primária durante a pandemia e como isso afetou a sua vida na comunidade? Todos os aspectos éticos e legais previstos foram respeitados. Resultados: Por meio da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias, sendo elas: "A pandemia é real e chegou na minha cidade", a qual representa o medo e receio das mudanças vividas no cotidiano profissional da atenção primária em saúde como a suspensão da visita domiciliar, base de grande parte do trabalho; e "A marginalização do profissional de saúde", que ilustra como o medo da contaminação gerou a hostilização da categoria. Considerações finais: a pandemia exigiu mudanças abruptas, e a insegurança em assistir a pacientes contaminados, seja pelo receio da transmissão cruzada ou pelo risco de contaminar a própria família, levam a repercussões no processo de trabalho destes profissionais, bem como, na saúde física e psíquica dos mesmos. Além disso, a responsabilidade da conscientização e do cuidado constantes, contribuíram para que esses profissionais estivessem expostos ao estresse e sobrecarga emocional.

DESCRITORES: COVID-19; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Pandemias.

ABSTRACT

Objective: to reveal the feelings of primary care health professionals in the face of the COVID-19 pandemic and how it has affected their life in the community. Method: a qualitative, exploratory study, carried out with 28 health professionals from a health region in the State of Paraná, from March to April 2021. The interviews took place from the following triggering question: How did you feel being a professional of primary care during the pandemic and how has this affected your life in the community? All ethical and legal aspects provided for were respected. Results: Through the analysis of the content of the interviews, two categories emerged, namely: "The pandemic is real and has arrived in my city", which represents the fear and apprehension of the changes experienced in the professional routine of primary health care, such as the suspension of home visits, the basis of much of the work; and "The marginalization of the health professional", which illustrates how the fear of contamination generated the hostility of the category. Final considerations: the pandemic demanded abrupt changes, and the insecurity in assisting contaminated patients, either for fear of cross-transmission or for the risk of contaminating the family itself, lead to repercussions in the work process of these professionals, as well as in the physical and psyche of them. In addition, the responsibility of constant awareness and care contributed to these professionals being exposed to stress and emotional overload.

DESCRIPTORS: COVID-19; Nursing; Primary Health Care; Pandemics.

RESUMEN

Objetivo: revelar el sentir de los profesionales de salud de atención primaria frente a la pandemia de COVID-19 y cómo ha afectado su vida en la comunidad. Método: estudio cualitativo, exploratorio, realizado con 28 profesionales de la salud de una región de salud del Estado de Paraná, de marzo a abril de 2021. Las entrevistas se realizaron a partir de la siguiente pregunta desencadenante: ¿Cómo te sentiste siendo profesional de la atención primaria? durante la pandemia y cómo ha afectado esto su vida en la comunidad? Se respetaron todos los aspectos éticos y legales previstos. Resultados: A través del análisis del contenido de las entrevistas surgieron dos categorías, a saber: "La pandemia es real y llegó a mi ciudad", que representa el miedo y la aprensión ante los cambios vividos en el cotidiano profesional de la atención primaria de salud, como la suspensión de las visitas domiciliarias, base de gran parte del trabajo; y "La marginación del profesional de la salud", que ilustra cómo el miedo a la contaminación generó la hostilidad de la categoría. Consideraciones finales: la pandemia exigió cambios abruptos, y la inseguridad en la atención de pacientes contaminados, ya sea por temor a la transmisión cruzada o por el riesgo de contaminar a la propia familia, repercute en el proceso de trabajo de estos profesionales, así como en el físico y psíquico de ellos. Además, la responsabilidad de constante concientización y cuidado contribuyó a que estos profesionales estuvieran expuestos a estrés y sobrecarga emocional.

DESCRIPTORES: COVID-19; Enfermería; Primeros auxilios; Pandemias.

RECEBIDO EM: 07/04/2022 APROVADO EM: 01/06/2022

Bianca Machado Cruz Shibukawa

Nurse. Doctor in Nursing. Professor at the Nursing Department at the State University of Maringá. Maringá, Paraná, Brazil.

ORCID: 0000-0002-7739-7881

Camila Moraes Garollo Piran

Nurse. Master's Student of the Postgraduate Program in Nursing at the State University of Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brazil.

ORCID: 0000-0002-9111-9992

Beatriz Souza da Fonseca

Nurse. Master's Student of the Postgraduate Program in Nursing at the State University of Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brazil.

ORCID: 0000-0002-3469-2231

Marcela Demitto Furtado

Nurse. Doctor in Nursing. Professor at the Graduate Nursing Program at the State University of Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brazil.

ORCID: 0000-0003-1427-4478

Maria de Fátima Garcia Lopes Merino

Nurse. Doctor in Nursing. Professor at the Graduate Nursing Program at the State University of Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brazil.

ORCID: 0000-0001-6483-7625

Ieda Harumi Higarashi

Nurse. Doctor in Nursing. Professor at the Postgraduate Program in Nursing at the State University of Maringá/UEM, Maringá, Paraná, Brazil.

ORCID: 0000-0002-4205-6841

INTRODUCTION

The rapidly spreading worldwide respiratory disease, initially detected in Wuhan, China, in 2019, led the World Health Organization (WHO) to decree, as of March 2020, the COVID-19 pandemic. The disease caused by the coronavirus (SARS-CoV-2), is characterized as a severe acute respiratory syndrome (SARS), with significant lethality and mortality rates, representing a threat to sanitary measures, as well as to global public health.¹

Such respiratory infection has as main symptoms coryza, dry cough, headache, dyspnea, vomiting, diarrhea, loss of smell and/or appetite and skin rashes. Severe cases of the disease can present complications such as respiratory failure, sepsis, thromboembolism and/or multiple organ failure, which can even lead to death.²

In view of this, health professionals

become protagonists in the management, planning and care of patients infected by COVID-19, contributing to the promotion of health and mitigation of the disease. However, these same professionals, as they constitute the active group in patient health care and in the so-called "front line" to combat the pandemic, become increasingly vulnerable to the effects of the pandemic, often having their physical and mental health compromised.³⁻⁴

To meet the needs arising from the pandemic, health services, especially Primary Health Care (PHC), as it is the main gateway to the Unified Health System (SUS), they underwent several changes and adaptations in order to meet the new demand, focusing on the care of patients infected by COVID-19.⁵

According to the Special Epidemiological Bulletin, released through the Ministry of Health in July 2021, there

are about 141 million confirmed cases of COVID-19 worldwide. The United States of America, India and Brazil have the most relevant numbers of disease occurrence, totaling approximately 60 million accumulated cases. Among them, in Brazil, 469,569 suspected cases of COVID-19 were reported among health professionals, 26% of which were positive for the disease. With regard to hospitalization and death rates in this group, there were 77.3% of SARS notifications, 27.2% of which had fatal outcomes.⁶

As such, healthcare professionals dealing directly with exposure to the virus are constantly susceptible to occupational stress and pressure related to making complex, life-or-death decisions among their patients. Coping with critical situations such as those currently experienced can trigger negative feelings in the lives of these professionals.^{4,7}

Studies that aim to establish reflec-

tions on the mental health of health professionals in the face of care and combating the COVID-19 pandemic, highlight the main psychosocial effects resulting from these experiences. Among the impacts that the disease causes, there is the constant fear of high exposure to the virulent load and, consequently, contamination and death.^{4,7} In addition, experiencing the loss of co-workers and/or family members, possible exposure to unhealthy working conditions with a lack of Personal Protective Equipment (PPE), the condition of physical and emotional exhaustion, as well as the stigma and discrimination of society for being potential agents of transmission of the virus, constitute aspects that outline this scenario of confrontation.^{8,9}

Considering the gaps in the national literature related to the theme, it is necessary to question: "What are the feelings of primary care health professionals during the face of the COVID-19 pandemic and what is the impact of this experience on their lives and in the context of their social life?" Therefore, the present study aims to reveal the feelings of primary care health professionals in the face of the COVID-19 pandemic and how it has affected their life in the community.

METHOD

This is a qualitative, exploratory study carried out with health professionals from a regional health center in the State of Paraná. To ensure the methodological quality of this research, the criteria established in the COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) guideline were adopted for its production. The research was carried out from March to April 2021.¹⁰

Initially, contact was made with all the municipalities of the referred health region (HR), which has 30 municipalities, on the occasion of the meeting with the municipal health managers at the RS headquarters, requesting the indica-

tion of a health professional who would be responsible for coordinating PHC activities in each location. It was established as an inclusion criterion the period of one year as the minimum time of performance in the position, however, there was no exclusion for this reason.

[...] healthcare professionals dealing directly with exposure to the virus are constantly susceptible to occupational stress and pressure related to making complex, life-or-death decisions among their patients.

Two municipalities refused to participate due to lack of personnel, leading to the participation of a total of 28 health professionals.

With the names and telephone numbers of the managers' indications, the researcher contacted the health profes-

sionals, introducing themselves and inviting them to participate in the research and, upon acceptance, the interview was scheduled according to the availability of the professional. Google Meet, which were recorded and later transcribed. Before the beginning of each interview, the researcher read the free and informed consent form, in addition to asking permission for recording.

The interviews took place from the following triggering question: How did you feel being a primary care health professional during the pandemic and how did it affect your life in the community?

Each interview lasted an average of 30 minutes, resulting in 87 pages typed in the Microsoft Word® program, with 1.5 point spacing between lines. The transcribed data were sent by e-mail to all participants for their reading and approval.

The data were imported into the NVivo Release Program version 1.5.1®, as an auxiliary procedure in the content analysis process, following the steps of pre-analysis, analytical description and inferential interpretation.¹¹ The initial coding phase took place to emerge conceptions about the feelings of primary care health professionals during the confrontation of the COVID-19 pandemic and what is the impact of this experience in their life and in the context of their social life. Through a process of approximation and distancing, the main themes were identified and named, as well as discussed in the light of national and international literature.

Participants were identified using the letter "P" for professionals and the Arabic numeral corresponding to the order in which the interviews were carried out, in order to guarantee the confidentiality of identities.

The study was developed in accordance with the guidelines regulated by Resolution 466/12 of the National Health Council, was submitted for evaluation by the Ethics Committee in Research with Human Beings of the State University of Maringá and approved

under opinion nº 4,594,485, CAAE: 24906719.9.0000.0104.

RESULTS

Of the 28 participants in this study, 26 (92.8%) were nurses, one (3.6%) was a nutritionist and one (3.6%) was a social worker. The average age was 38 years, with a predominance of females, since there was only one male participant, and with an average time of experience in the position of seven years.

With the advent of the pandemic, many changes were imposed on the daily work of primary care health professionals. Professional and personal routines were changed and professionals had to adapt to a new reality. Through the analysis of the content of the interviews, two categories emerged, namely: "The pandemic is real and it arrived in my city"; and "The marginalization of the health professional".

The pandemic is real and it arrived in my city

The pandemic was responsible for a drastic change in the global health picture, with the loss of thousands of lives to the disease. When news of the pandemic began to invade Brazilian media, large cities were the first to be affected, so that when the virus reached small towns, the feelings of health professionals responsible for primary care were diverse. There were manifestations of fear of the highly contagious virus, of anguish in the face of the unknown, of what should be faced, in addition to disbelief on the part of some professionals about the severity of the disease and responsibility in relation to the health of the community:

My unit became an UPA (Emergency Care Unit) overnight. So, on the day my director arrived on a Thursday and said "look, there was a meeting at the secretariat, tomorrow we start working as an UPA", a unit that doesn't even

have an oxygen network. P17

It was very complicated, we were very nervous, very tense, afraid of getting it, afraid of passing it on to the family, afraid of passing it on to another patient. P22

[...] I was almost crazy and couldn't sleep, I cried every day, desperate, because everything I had to do, I was already overloaded [...] The psychological shaken does not allow me to work in a peaceful way. P28

In the speeches of health professionals, the fear and tension of being in a service where entry is on free demand, during a pandemic, can be seen. Such conduct was justified, especially at the beginning of the pandemic, because there were not many biosecurity protocols defined for the care of COVID-19.

Although primary health care performs part of its work with the community through home visits, during the pandemic such actions were suspended, significantly altering the work of professionals, as demonstrated by the following reports:

We have a lot of difficulty getting inside the houses, there are many people who are afraid of us, you know?!... So, we end up visiting through the gate, [...] not even those who are seriously ill allow us to enter. P19

It affected all the work of the PSF (family health program), right?! The CHA (community health agents) stopped visiting because no one wants us, the health professional, in the house. P24

Thus, although there were reports from people in the community and some health professionals who did not believe in the disease, the perception of a devastating reality, which involved

members of the family itself and society as a whole, crystallized with the advancement of the pandemic.

There were patients who did not believe in COVID, there were even colleagues in the profession who did not believe. So we had to make them understand this, and then the vaccine came, many did not want to take the vaccine because they were very afraid [...] when people close to us died, then people started to get scared. P22

After we had the first death, the cases started to rise too much, people said "oops, the health people are right, it's not just a flu". Then they started to respect each other a little more. P21

The work of raising awareness about the disease among the population must be constant and, since the beginning of the pandemic, it has been a challenge for professionals. The oscillations in the number of cases over the period weaken health care actions in general, exposing individuals to contamination. The basic guidelines regarding biosafety protocols for the population are constantly reiterated, and even in the face of the efforts of professionals, they often seem to be disregarded by many.

We had to talk again about the importance of care, distance, correct use of the mask, and correct use of gel alcohol. You have to keep remembering: "pass the gel alcohol in your hand", "sir, put the mask on your face". P11

The bulletin starts to decrease, starts to improve, you have no idea of the crowding that happens on weekends, in bars, cafeteria. P13

More than 200 young people with a truck, drink, music, because it's

far from the city, they party freely, gather and return home, which is where they go to their grandparents, to their parents. So it's discouraging, the issue of people's awareness doesn't exist. P25

Unfortunately, the fluctuation in the numbers of the pandemic is due to the difficulties in maintaining the care, which the population should maintain, for individual and collective protection. Thus, it is observed that people, faced with this scenario and in the face of their own actions, end up establishing a barrier between them and the health professional, due to fear of retaliation for their behavior in agglomerations and disrespect for current health decrees.

The marginalization of the health professional

The pandemic can lead to the outbreak of the most diverse feelings in human beings such as fear, anger, sadness, indignation, fear, concern, frustration and annoyance. However, sometimes these feelings end up being directed to those people who are working to fight the pandemic, as is the case of health professionals.

As health workers are on the front line in the fight against the pandemic, the community has experienced a duality of feeling in relation to these professionals, sometimes seen and treated as heroes, sometimes contributing to a process of their marginalization. Although in the global media scenario, health professionals are praised as brave fighters in this battle against the pandemic, in their municipalities, they are often marginalized due to their greater exposure to the disease.

It's as if we were the virus in person, in short, it's as if we were the virus in person. So, if you're a nurse or a nursing technician, it's as if you were the virus in person. P15

The population was moving away from us, [...] there was a case of a supermarket owner who wouldn't let us in, they had it delivered to the health professionals. P11

There was a day when we almost had to call the police to enter the woman's house, because we knew she was not well, [...] that if she doesn't go to the hospital, she will die. So, we went through this stress, right?! [...] incredible, the person would rather die than let a health professional see them. P22

The ways in which primary care health professionals report having been harassed is somewhat disturbing, considering the efforts made by these agents in caring for the whole of society at the time of a pandemic.

Fear of contamination, they had a lot! Still have it, right?! Patients who go and leave splashing alcohol in the air and even on us professionals... More like that. "this virus, I don't want to get this virus, if I get it I will die". P16

Look, I still argue a lot, I'm the one who still argues because the person wasn't wearing a mask, even here inside the UBS, we had situations of people without masks, the employees themselves, so we argued, [...] and they always cursed me, thinking I was crazy and exaggerating. P28

The statements show the disrespect and lack of empathy on the part of the population that, supported by fear, insecurity and lack of information, attributes to the professional, working in a risky environment, blame for an eventual transmission of the virus to the community. In addition, conflicts within the team itself are common, due to the non-compliance of some members with the individual protection measu-

res recommended by the World Health Organization, to control and combat COVID-19.

DISCUSSION

It can be seen that the emergence of the virus in small municipalities seemed a distant reality at the beginning of the pandemic. Small towns were slow to experience the pandemic, however, from the first confirmed cases of the disease, this logo became part of people's daily lives, being present in all countries, states and municipalities, affecting all individuals regardless of age group, sex, race/color, social class and profession. Faced with this new reality, the pandemic has become something very stressful, leading primary care health professionals to experience feelings of fear, insecurity, anxiety and fatigue, caused by the new demands on health services.

Attention to the mental health of health professionals working on the front lines in the fight against COVID-19 is urgent. These people need to be cared for in order to be able to care, since they deal daily with great challenges between cures, losses and countless reorganizations in the work environment, in the most different points of the health care network.¹² In addition, the feelings that permeate the lives of health workers are related to concern for their own health and that of the people they live with (especially the most vulnerable and those with chronic conditions), as well as related to uncertainty about the future.¹³

The free demand service and the restructuring of care protocols aimed at the current pandemic scenario also had an impact on the reality of the work of primary care health professionals. Thus, dealing with the unknown and with inconclusive information about the disease results in the health system's difficulties in providing an adequate response to the population's needs. With this, it is essential that health workers are protected in their work environment, for example, with the adequate supply of

Personal Protective Equipment (PPE). The use of PPE is essential to minimize the risks of infection by the virus, in addition to providing more security for professionals.¹⁴

Among the attributions of primary health care, there is home care, defined as one of the essential strategies in health care in different life cycles. However, due to the pandemic, home visits (HV) were mostly suspended. This context of impossibility of performing HV has become common, due to isolation and social distance. In its place, other care formats were implemented, with the use of virtual consultations, aiming to maintain care and at the same time reduce the spread of the disease.¹⁵

The pandemic has thus led to an increase in the number of primary care professionals who have incorporated virtual care into their practice.¹⁶ Based on this experience, it appears that digital technologies in the work environment of health professionals have been shown to be a possibility to face the difficulties of patient access to face-to-face care.¹⁷ As a result, telehealth has provided a greater reach than would otherwise be possible, constituting an effective care strategy in this pandemic period.¹⁵

In the reports presented by health professionals, it is clear that a portion of these and the community in general, experienced a period of denial, as they did not believe that the pandemic was real. This perception was modified, however, as a result of the progress of cases, and to the extent of the losses experienced. The epidemiological picture that presents itself to this day affects individuals in a multidimensional way, as it has an impact on the physical, emotional, psychological, economic and social dimensions. However, even if negative feelings are to be expected, it is essential to early detect extremes, such as anxiety and exacerbated fear.¹⁸

Primary health care has worked tirelessly to face the pandemic through prevention and awareness actions about COVID-19, aiming to reduce the num-

ber of cases. As a means of coping with the health problems of individuals, families and communities, primary care has been shown to be a strategy of excellence in public health, through prevention, epidemiological surveillance and monitoring of patients recovered from

[...] The insecurity in caring for infected patients, whether due to the fear of cross-transmission or the risk of contaminating the family itself, as well as living with the absence of well-defined care protocols, lead to repercussions in the work process of these professionals, as well as, their physical and mental health.

the disease.¹⁹

Many emotions and negative feelings emanating from the community end up being directed to health professionals, who gave up their families and social life in favor of their work in caring for

others. Professionals on the front line of the pandemic, when acting as emergency responders and health service providers, become vulnerable during this period, even suffering from moral damages caused by the population itself.¹²

It is noted that, at the same time that health professionals are considered heroes by society, they are also marginalized in the reality in which they are inserted. Stigma and discrimination directed at infected individuals and in relation to people who care for this public with COVID-19 has become a frequent phenomenon. Thus, in view of this fact, combating social stigma and its consequences should be a priority for mental health professionals.¹³

The involvement of health professionals with the service and with society interferes with the physical and mental health and well-being of both workers and their families,

because the way they are seen, supported or rejected by the community, reverberates in their own self-image, generating or not feelings of appreciation, gratification, respect and recognition.²⁰

Concern about the pandemic scenario grows more and more, both in traditional media (such as television, radio and digital networks) and in social media, which have started to highlight information related to the experiences of health professionals. The large amount of news disseminated and the accumulation of information in this period was defined as "infodemic", in the sense of the great risk that fake news has, reaching more individuals than the virus itself, and consequently causing uncertainties and concerns in lay people.^{13,21}

Faced with fake news and the different problems brought to the public, part of society starts to marginalize health professionals. With this, it is important to know the real experiences in the work environment linked to COVID-19, enabling reflection on moral suffering and prioritizing measures that ensure the safety, health and well-being of health professionals during the pan-

demic.²⁰

Even if primary care health workers are not in direct contact with the patient who has tested positive for COVID-19, like professionals from specialized ICUs, they are present on the front line to face the disease and, therefore, in the face of the lack of knowledge of this diagnosis in the assisted clientele. Primary health care constitutes an important communication hub in the care network, through its individual and collective strategies and actions, covering the promotion and prevention of diseases, as well as the identification of the first symptoms of COVID-19, and the follow-up and rehabilitation of patients.

²¹ Faced with so many complementary aspects of their work, however, health professionals still experience a paradoxical phenomenon,²⁰ as described in the study report "It is as if we were the virus in person."- P15 Thus, from being heroes of the pandemic, on the one hand, these workers come to experience, at the same time, a process of marginalization and hostility from the community, as

potential sources of propagation of the disease.

A limitation of the present study is the fact that it was carried out with only one health professional, representative of each municipality linked to regional health. However, it was possible to identify several realities that are common and experienced in the pandemic. Another limiting aspect concerns the need to carry out the interviews remotely, which may have influenced the flow of the narrative through face-to-face interaction.

CONCLUSIONS

The findings of the present study allowed us to recognize the perceptions and feelings experienced by professionals working in PHC. With the arrival of the pandemic in Brazil, abrupt changes occurred, requiring a new attitude and approach to patients affected by the disease. The insecurity in caring for infected patients, whether due to the fear of cross-transmission or the risk of con-

taminating the family itself, as well as living with the absence of well-defined care protocols, lead to repercussions in the work process of these professionals, as well as, their physical and mental health. In addition, the responsibility of constant awareness and care contributed to these professionals being exposed to stress and emotional overload.

Regarding the feelings of marginalization experienced by health professionals, what stands out is the perception of an ambiguous relationship between these and the community, which, while cultivating deep respect and admiration for the work and selflessness of freight line workers, fears and marginalizes them as if they were the virus itself.

In any case, the results found in the present investigation can support reflections on the feelings involved in the care process on the part of primary care health professionals in the pandemic scenario, being relevant aspects to be considered both by state and federal managers, as well as by the community as a whole.

REFERENCES

1. Croda JHR, Garcia LP. Immediate Health Surveillance Response to COVID-19 Epidemic. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 29(1): e2020002. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li W, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 382(8): 727-33. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>
3. Ventura-Silva JMA, Ribeiro OMPL, Trindade LL, Nogueira MAA, Monteiro MAJ. Ano internacional da enfermagem e a pandemia da COVID-19: a expressão na mídia. *Cienc Cuid Saude.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 19:e55546. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v19i0.55546>
4. Dantas ESO. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface (Botucatu).* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 25: e200203. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>
5. Sarti TD, Lazarini WS, Fontanelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol. Serv. Saude.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 29(2):e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
6. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico Especial nº71: doença pelo novo coronavírus – COVID-19. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/julho/16/boletim_epidemiologico_covid_71.pdf
7. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ISM, Andrade LR et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Cienc. saúde coletiva.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 25(9):3465-3474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
8. Oliveira WA, Cardoso EAO, Silva JL, Santos MA. Psychological and occupational impacts of the recent successive pandemic waves on health workers: an integrative review and lessons learned. *Estud. psicol.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 37: e200066. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066>
9. Wong J, Goh QY, Tan Z, Lie SA, Tay YC, Yi S, et al. Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Can J Anesth.* 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 67: 732-745. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01620-9>
10. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 34: eAPE02631. Di-

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>

11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.

12. Kontoangelos K, Economou M, Papageorgiou C. Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry Investig*. 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 17(6): 491–505. <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2020.0161>

13. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 63(1): e32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

14. Moey PKS, Ang ATW, Liang GL, Chin DC, Wai MC, Teo SSH, et al. What are the measures taken to prevent COVID-19 infection among healthcare workers? A retrospective study in a cluster of primary care clinics in Singapore. *BMJ Open*. 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 11: e049190. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049190>

15. Wilson G, Currie O, Bidwell S, Saeed B, Dowell A, Halim AA, et al. Empty waiting rooms: the New Zealand general practice experience with telehealth during the COVID-19 pandemic. *N Z Med J*. 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 134(1538): 89-101. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34239148/>

16. Mohammed HT, Hyseni L, Bui V, Gerritsen B, Fuller K, Sung J, et al. Exploring the use and challenges of implementing virtual visits during COVID-19 in primary care and lessons for sustained use. *PLoS One*. 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 16(6): e0253665.

Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253665>

17. McGrail KM, Ahuja MA, Leaver CA. Virtual Visits and Patient-Centered Care: Results of a Patient Survey and Observational Study. *J Med Internet Res*. 2017 [citado em 2021 ago. 19]; 19(5): e177. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.7374>

18. Ramos-Toescher AM, Tomaschewisk-Barlem JG, Barlem ELD, Castanheiras RL, Toescher RL. Mental health of nursing professionals during the COVID-19 pandemic: support resources. *Escola Anna Nery*. 2020 [citado em 2021 ago. 19]; 24(spe):e20200276. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276>

19. Mas-Bermejo P, Sánchez-Valdés L, Somarriba-López L, Valdivia-Onega NC, Vidal-Ledo MJ, Alfonso-Sánchez I, et al. Equity and the Cuban National Health System's response to COVID-19. *Rev Panam Salud Publica*. 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 45:e80. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.80>

20. Caram CS, Ramos FRS, Almeida NG, Brito MJM. Moral suffering in health professionals: portrait of the work environment in times of COVID-19. *Rev Bras Enferm*. 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 74(Suppl 1): e20200653. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0653>

21. Ashcroft R, Donnelly C, Dancey M, Gill S, Lam S, Kourgiantakis T, et al. Primary care teams' experiences of delivering mental health care during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2021 [citado em 2021 ago. 19]; 22: 143. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01496-8>

Impacto da pandemia COVID-19 na doação de sangue: Uma revisão integrativa

Impact of the COVID-19 pandemic on blood donation: An integrated review

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la donación de sangre: Una revisión integradora

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências científicas sobre o impacto da pandemia COVID-19 na doação de sangue e as medidas adotadas para superar o contexto atual. Método: trata-se de uma revisão integrativa, que utilizou a estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa. Foram utilizadas as seguintes bases para extração dos dados: Embase, PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, Web of Science. As buscas foram realizadas de março a maio de 2021, abrangendo artigos publicados até esse período. Resultados: foram analisados 20 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Eles apontam que o impacto negativo da pandemia COVID-19, na doação, deu-se por períodos de bloqueio e medo de contrair o vírus, com isso medidas foram adotadas para superar a escassez de produtos sanguíneos. Conclusão: as evidências demonstram que a pandemia COVID-19 impacta negativamente nas doações, pelo declínio na procura dos doadores aos hemocentros, sendo necessária implementação de medidas para assegurar o suprimento de sangue.

DESCRIPTORIOS: Doadores de Sangue; Serviço de Hemoterapia; Avaliação do Impacto na Saúde; COVID-19; Pandemia.

ABSTRACT

Objective: to analyze the scientific evidence on the impact of the COVID-19 pandemic on blood donation and the measures adopted to overcome the current context. Method: this is an integrative review, which used the PICO strategy to construct the research question. The following bases were used for data extraction: Embase, PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, Web of Science. The searches were conducted from March to May 2021, covering articles published up to this period. Results: 20 studies that met the inclusion criteria were analyzed. They point out that the negative impact of the COVID-19 pandemic, on donation, was due to periods of lockdown and fear of contracting the virus, so measures were adopted to overcome the shortage of blood products. Conclusion: the evidence shows that the COVID-19 pandemic has a negative impact on donations, due to the decline in donor demand for blood centers, requiring the implementation of measures to ensure the blood supply.

DESCRIPTORS: Blood Donors; Servicio de Hemoterapia; Evaluación del Impacto en la Salud; COVID-19; Pandemias

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia científica sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la donación de sangre y las medidas adoptadas para superar el contexto actual. Método: se trata de una revisión integradora, que utilizó la estrategia PICO para construir la pregunta de investigación. Para la extracción de datos se utilizaron las siguientes bases: Embase, PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, Web of Science. Las búsquedas se realizaron entre marzo y mayo de 2021, abarcando los artículos publicados hasta ese periodo. Resultados: Se analizaron 20 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Señalan que el impacto negativo de la pandemia de COVID-19, en la donación, se debió a los periodos de confinamiento y al miedo a contraer el virus, por lo que se adoptaron medidas para superar la escasez de hemoderivados. Conclusión: la evidencia muestra que la pandemia de COVID-19 tiene un impacto negativo en las donaciones, debido a la disminución de la demanda de donantes para los centros de sangre, lo que requiere la implementación de medidas para garantizar el suministro de sangre.

DESCRIPTORIOS: Blood Donors; Hemotherapy Service; Health Impact Assessment; COVID-19; Pandemics

RECEBIDO EM: 25/03/2022 **APROVADO EM:** 03/06/2022

Viviane dos Santos Vaccaro Lima

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE, Presidente Prudente, SP, BR, ORCID: 0000-0003-2007-363X.

Amanda Aline Azevedo da Silva

Graduada de Enfermagem pela Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE, Presidente Prudente, SP, BR, ORCID: 0000-0002-8190-8381.

Bruna Pereira Queiroz de Almeida

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente - UNOESTE, SP, BR, ORCID: 0000-0002-5853-6559.

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida

Doutor em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Docente de Enfermagem no Instituto Integrado de Saúde - INISA, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, MS, BR ORCID: 0000-0002-4984-3928

Beatriz Maria Jorge

Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Enfermagem no Campus de Coxim, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS, MS, BR ORCID: 0000-0002-9203-4691

Elaine Cristina Negri

Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. Docente no Departamento de Enfermagem na Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE, SP, BR ORCID: 0000-0001-8665-1936

INTRODUÇÃO

A doação de sangue é um ato voluntário, espontâneo e altruísta em território nacional. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que 3 a 5% da população de um país doe sangue a cada ano, assegurando o suprimento dos estoques de sangue e hemoderivados e evita potenciais riscos à vida dos que necessitam desse recurso.¹

Com base no cenário da pandemia COVID-19, devido as repercussões sistêmicas causada pelo vírus Sars-CoV-2, medidas de higiene e isolamento social foram adotadas com intuito de controlar os índices de infecção. Nesse contexto, as intervenções englobaram o isolamento de casos positivos para COVID-19, tanto do infectado quanto dos comunicantes domiciliares, higienização das mãos e objetos, uso de máscaras faciais, novos hábitos respiratórios e distanciamento social, tais como quarentena e lockdown.²

As condutas supracitadas refletiram significativamente nos serviços de doação de sangue, que sofreram alteração no fornecimento e na demanda de hemocomponentes. A prevalência de doenças de sangue e procedimentos cirúrgicos demandam suporte dos serviços de hemoterapia, porém os impactos trazidos pela pandemia COVID-19 repercutiram diretamente nas doações de sangue, como consequência da exigência de isolamento social e

o receio pela contaminação.³

Devido ao aumento da expectativa de vida, das doenças crônicas não transmissíveis, aumento do número de acidentes automobilísticos e das tecnologias em saúde a utilização de transfusão de hemoderivados tem sido uma terapia muito utilizada em serviços de atenção secundária e terciária.

Para que haja uma transfusão é necessária uma doação. Todo processo de doação de sangue dura em torno de 40 minutos. Para ser doador, os requisitos básicos a serem considerados incluem estar em boas condições de saúde, possuir idade entre 16 e 69 anos, ter peso mínimo de 50 quilos, estar alimentado e evitar alimentos gordurosos nas três horas antecedentes.³

Durante a pandemia, as autoridades de saúde em todo o mundo certificaram que os hemocentros estavam seguros e aptos para receber os candidatos. Nos locais, foram ofertados álcool 70%, pias lavatórias, materiais descartáveis, doação sem exposição e aglomeração de pessoas, agendamentos de coleta e distanciamento entre os doadores, além de desinfecção do ambiente e superfícies.³

Em contrapartida, apesar das condutas implantadas evidenciou-se uma queda significativa na manutenção do estoque de hemocomponentes, ocasionada pela alta demanda e oferta escassa de doadores nos serviços de hemoterapia.⁴

Diante de tal contexto, observou-se que a

doação de sangue na pandemia COVID-19 emergiu um novo problema a ser investigado, por se tratar de um assunto vigente na atualidade e que poderá fornecer embasamento quanto à adoção de estratégias para futuras situações adversas.

Neste âmbito, essa revisão teve por objetivo analisar as evidências científicas sobre o impacto da pandemia COVID-19, na doação de sangue, e as medidas adotadas para superar a crescente necessidade de doação de sangue.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa que sintetiza os resultados obtidos em pesquisas sobre o tema investigado. Esse método ocorre de maneira sistemática, ordenada e abrangente, e possibilita explorar o conhecimento preexistente.⁵

Para a elaboração desta revisão integrativa, seis etapas foram concluídas, sendo elas: identificação do tema e questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.⁵

Na construção da pergunta de pesquisa, foi utilizada a estratégia PICo, que considera a população ou o paciente ou o problema

(Population/Patient/Problem), o fenômeno de interesse (Interest) e o contexto (Context).⁶

Dessa forma foram definidos para o estudo a seguinte estratégia:

P: Doação de sangue;

I: Impacto e medidas adotadas;

Co: Pandemia COVID-19.

Esta estratégia permitiu elaborar a seguinte questão de pesquisa: Qual o impacto da pandemia COVID-19 na doação de sangue e quais as medidas adotadas?

Após estabelecer a pergunta, foi realizada uma busca inicial no portal PubMed da National Library of Medicine, para identificar os principais descritores e palavras-chaves utilizados nos estudos que abordassem a temática de interesse nesta revisão.

Em seguida, os descritores encontrados nos artigos das bases pesquisadas foram selecionados para consulta no DECS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), sendo designados de acordo com os componentes da estratégia PICO. Considerou-se os descritores nos idiomas português e inglês, sendo eles: P: serviço de hemoterapia, transfusão de sangue, sangue, hemoterapia; I: impacto; Co: infecções por coronavírus, coronavírus, pandemia COVID-19, COVID-19, doença por coronavírus.

Os descritores foram delimitados conforme cada base de dados. Para combiná-los utilizaram-se os operadores booleanos AND (combinação restritiva) e OR (combinação aditiva). Para seleção dos estudos, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Embase, US National Library of Medicine/Nacional Institutes of Health (PubMed/MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus, Web of Science.

No quadro 1 são apresentadas as estratégias de busca utilizadas em cada base de dados pesquisada.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos publicados no idioma português, inglês ou espanhol; artigos publicados no ano de 2020 e 2021; artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais; estudos com enfoque quantitativo e qualitativo que abordem a temática sobre os possíveis impactos da pandemia COVID-19, nos ser-

Quadro 1 – Descrição da estratégia de busca PICO, Presidente Prudente, SP, Brasil, 2021.

Bases de Dados	Estratégia de Busca
EMBASE	'blood transfusion' AND 'coronavirus disease 2019' AND impact
PubMed	((("Hemotherapy"[All Fields] AND ("service"[All Fields] OR "services"[All Fields] OR "serviced"[All Fields] OR "servicing"[All Fields] OR "services s"[All Fields] OR "Hemotherapy"[All Fields] OR "servicing"[All Fields])) OR "blood centres"[All Fields] OR ("blood transfusion"[MeSH Terms] OR ("blood"[All Fields] AND "transfusion"[All Fields]) OR "blood transfusion"[All Fields])) AND "covid 19 pandemic"[All Fields])
Scielo	"hemoterapia" OR serviços de hemoterapia AND coronavirus OR "infecções por coronavírus" OR promoção de saúde
Scopus	(hemotherapy) OR (blood AND centres) AND (covid-19 AND pandemic) AND (impact)
Web of Science	(Hemotherapy) OR TÓPICO: (blood centres) AND TÓPICO: (COVID-19 pandemic) AND TÓPICO: (IMPACT). Tempo estipulado: 2020-2021

Fonte: Autores, 2021.

viços de hemoterapia e as medidas adotadas na doação de sangue.

Os critérios de exclusão foram: informações de livros e/ou capítulos, descrição de estudos de revisões integrativas, sistemáticas da literatura e/ou metanálise, bem como artigos de reflexão.

As buscas nas bases de dados foram realizadas no período de março a maio de 2021, abrangendo artigos publicados até esse período, e utilizando recorte temporal entre 2020 e 2021. O software Zotero foi utilizado no gerenciamento das referências nas bases de dados.

No que tange a análise e extração dos dados, baseado na estratégia PICO, foi elaborado uma planilha no programa Microsoft Excel 2019⁹, fundamentado no instrumento proposto por Ursi e Galvão (2006),⁷ contemplando os seguintes itens: número de identificação do estudo, ano, título, autor principal, país, idioma, objetivos do estudo, nível de evidência, impacto da pandemia COVID-19, nas doações de sangue e medidas adotadas.

Três revisores independentes extraíram as informações dos estudos selecionados. Caso

ocorresse divergências, as mesmas seriam discutidas e resolvidas entre os pesquisadores ou encaminhadas para um quarto revisor. Foram verificadas as referências dos estudos selecionados para analisar se elas poderiam ser elegíveis para esta revisão.

Para classificação hierárquica das evidências dos estudos, foram utilizados os critérios propostos por Stetler et al. (1998)⁸: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência e Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Na avaliação da qualidade metodológica aplicou-se aos estudos incluídos o instrumento adaptado Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Esse instrumento possui 10 itens pontuáveis, incluindo: 1) Objetivo, 2) Adequação do método, 3) Apresentação dos procedimentos metodológicos, 4) Seleção

da amostra, 5) Coleta de dados minuciosa, 6) Relação entre pesquisador e pesquisados, 7) Considerações éticas, 8) Análise de dados com rigor, 9) Credibilidade na discussão dos resultados e 10) Contribuições, limitações e necessidades de novas pesquisas. Posterior à avaliação, o estudo pode ser classificado em nível A (6 a 10 pontos), caracterizando boa qualidade metodológica e viés reduzido; ou nível B (até 5 pontos), com qualidade metodológica satisfatória, entretanto com risco à viés.⁹

RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados selecionada identificou 514 estudos, destes 20 (100%) estudos responderam à pergunta de pesquisa. As etapas do processo de busca e seleção dos estudos são apresentadas na Figura 1, adaptada do PRISMA.

A maior parte dos estudos encontrados foi publicada nas bases de dados Embase sendo oito artigos (40,0%) e PubMed também com oito artigos (40,0%), seguida da Scielo um artigo (5,0%), Scopus um (5,0%), e por fim, na Web of Science dois (10,0%).

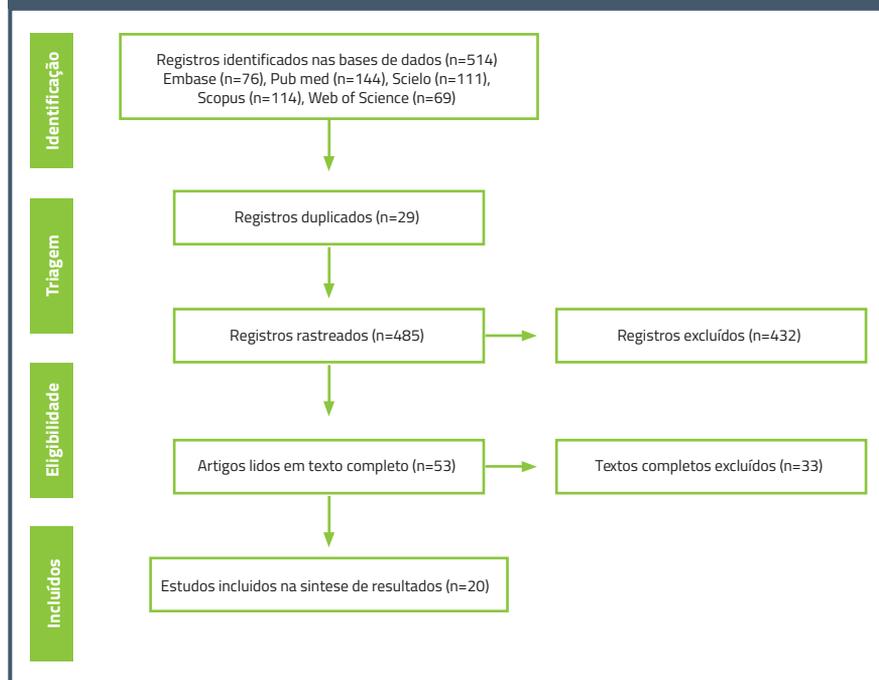
Todos os estudos foram publicados na língua inglesa. Em relação aos países de publicação, foi constatado os continentes: Asiático (n=8, 40,0%), Americano (n=5, 25,0%), Africano (n=4, 20,0%) e Europeu (n=3, 15,0%).

O Quadro 2 apresenta uma visão geral dos estudos incluídos conforme adaptação do modelo Ursi e Galvão (2006),⁷ com as características gerais: nº do artigo, título, ano, base de dados, país/idioma, objetivo, tipo de estudo e nível de evidência.

Em relação ao nível de evidência, dos 20 estudos, 19 (95%) apresentaram classificação 4, que consistem em evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa. Apenas um artigo (5%) pontuou nível 5, tratando-se de evidências originadas de relatos de caso ou de experiência.

Quanto ao CASP,⁷ verificou-se que oito estudos (40%) obtiveram nível B (até 5 pontos), indicando qualidade metodológica adequada, porém com risco a viés. Por outro lado, 11 estudos (55%) foram classificados

Figura 1 - Fluxograma do processo de Identificação, seleção, inclusão e exclusão dos estudos elaborados a partir da recomendação PRISMA, Presidente Prudente, SP, Brasil, 2021.



Fonte: Autores, 2021

em nível A (de 6 a 10 pontos), indicando o mais alto nível de qualidade metodológica e viés reduzido. Em contrapartida, o instrumento supracitado não se aplica ao E4 (5%), por se tratar de um relato de experiência.

Relacionado ao impacto da pandemia COVID-19, na doação de sangue, a maioria dos estudos (E1,10 E2,11 E3,12 E4,13 E5,14 E6,15 E7,16 E8,17 E10,19 E12,21 E13,22 E14,23 E15,24 E16,25 E18,27), referiram que os períodos de bloqueio como lockdown, quarentena e isolamento social emitidos pelos governos locais e divulgados nas redes sociais, culminaram na restrição de circulação da população, e consequentemente uma menor procura dos hemocentros para doação, o que levou a uma redução significativa no número de doações de sangue.

Outro item que foi evidenciado em diversos estudos foi que a população não buscava os serviços de hemoterapia por ansiedade e medo de contrair COVID-19, durante o trajeto até o local e no momento do procedimento (E1,10 E2,11 E3,12 E4,13 E5,14

E7,16 E8,17 E9,18 E11,20 E12,21 E15,24 E18,27 E19,28 E20,29). O Quadro 3 contém os fatores que impactaram as doações de sangue e estudos associados.

Em relação às medidas adotadas diante da pandemia COVID-19, uma série de condutas foi proposta para superar a escassez de sangue durante o referido contexto, sendo que cada país atuou de acordo com seus recursos e necessidades. Os estudos E1,10 E3,12 E4,13 E6,15 E7,16 E8,17 E10,19 E11,20 E13,22 E14,23 E15,24 E17,26 E18,27 E19,28 E20,29 abordaram uso de medidas de segurança como higienização das mãos, uso de máscara, distanciamento social, das cadeiras de coleta e aferição da temperatura corporal antes de entrar no serviço.

As campanhas de motivação altruísta e o incentivo por meio das mídias (E1,10 E2,11 E3,12 E4,13 E5,14 E7,16 E8,17 E9,18 E11,20 E13,22 E15,24 E17,26 E20,29), foram medidas importantes em grande parte dos estudos. No quadro 4 são apresentadas as medidas adotadas frente ao contexto da pan-

Quadro 2 Características gerais dos estudos incluídos na revisão integrativa. Presidente Prudente, SP, Brasil, 2021

Nº	Autores/Ano	Base de dados	País/ Idioma	CASP*	Nível de Evidência	Objetivo
E1	Chandler T, Neumann-Böhme S, Sabat I, Barros PP, Brouwer W, van Exel J, et al/ 2021	Embase	Alemanha Inglês	A	4	Fornecer uma visão inicial sobre a atividade de doação de sangue em sete países europeus e a motivação dos doadores de sangue para doar ou não doar durante a primeira fase da crise do COVID-19. ¹⁰
E2	Pandey HC, Coshic P, C S C, Arcot PJ, Kumar K/2020	Embase	Índia Inglês	A	4	Compartilhar experiências e o efeito de várias políticas adotadas no hemocentro. ¹¹
E3	Maghsudlu M, Eshghi P, Amini Kafi-Abad S, Sedaghat A, Ranjbaran H, Mohammadi S, et al/ 2021	Embase	Irã Inglês	B	4	Revisar a tendência de doações de sangue e suprimento de sangue durante a pandemia da COVID-19 no Irã e relatar as ações tomadas pelo Comitê Nacional de Gerenciamento do surto de COVID-19. ¹²
EE4	Hu P, Kang J, Li Y, Li X, Li M, Deng M, et al/ 2020	Embase	China Inglês	N/A	5	Demonstrar a resposta de emergência de um hemocentro chinês na manutenção, segurança do suprimento de sangue durante grandes e emergentes epidemias. ¹³
EE5	Silva-Malta MCF, Rodrigues D de OW, Chaves DG, Magalhães NNS, Ribeiro MA, Cioffi JGM, et al /2020	Embase	Brasil Inglês	A	4	Verificar o impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento de doadores de sangue, coleta e produção, além de diferimento e retorno de candidatos a doação de sangue no primeiro semestre de 2020 no Hemominas quando comparados a um instituto série histórica de 2016 a 2019. ¹⁴
EE6	Wang Y, Han W, Pan L, Wang C, Liu Y, Hu W, et al/2020	Embase	China Inglês	A	4	Avaliar o impacto da pandemia COVID-19 na doação e fornecimento de sangue na província de Zhejiang. ¹⁵
EE7	Loua A, Kasilo OMJ, Nikiema JB, Sougou AS, Kniazkov S, Annan EA/2021	Embase	República do Congo Inglês	B	4	Discutir o impacto da pandemia COVID-19 sobre o suprimento e a demanda de sangue na Região Africana e propor medidas para enfrentar os desafios enfrentados pelos países como resultado da pandemia. ¹⁶
EE8	Yahia AIO/2020	Embase	Arábia Saudita Inglês	A	4	Analisar o atendimento de doadores e a demanda de sangue, com o objetivo de encontrar maneiras eficientes de gerenciar o suprimento e a demanda de sangue durante a pandemia de COVID-19. ¹⁷
EE9	Ogar CO, Okoroiwu HU, Obeagu EI, Etura JE, Abunimye DA /2021	PubMed	Nigéria Inglês	A	4	Avaliar o efeito da pandemia no suprimento de sangue e na transfusão de sangue no Hospital Universitário da Universidade de Calabar. ¹⁸
EE10	Ngo A, Masel D, Cahill C, Blumberg N, Refaai MA /2020	PubMed	EUA Inglês	B	4	Abordar como a pandemia COVID-19 afetou os bancos de sangue, incluindo a segurança de doadores de sangue e receptores de produtos sanguíneos, o gerenciamento e distribuição de produtos sanguíneos. ¹⁹
EE11	Noordin SS, Yusoff NM, Karim FA, Chong SE / 2021	PubMed	Malásia Inglês	B	4	Discutir o impacto e sugerir melhores práticas para os serviços de transfusão nesta era de novas normas. ²⁰
EE12	Okoroiwu HU, Okafor IM, Asemota EA, Ogar CO, Uchendu IK/ 2021	PubMed	Nigéria Inglês	A	4	Discutir a situação da transfusão de sangue na região da África Ocidental no período pré-COVID-19 e analisar a capacidade de resposta à demanda durante a pandemia, bem como discutir uma possível panaceia para melhorar Serviços. ²¹
EE13	Al Mahmasani L, Hodroj MH, Finianos A, Taher A / 2021	PubMed	Líbano Inglês	B	4	Identificar medidas adotadas para superar a escassez de produtos sanguíneos e propor o papel da terapia de plasma no tratamento de pacientes com COVID-19. ²²

EE14	Arcot PJ, Kumar K, Mukhopadhyay T, Subramanian A / 2020	PubMed	Índia Inglês	B	4	Discutir os potenciais desafios que um banco de sangue pode enfrentar e as medidas cabíveis a longo prazo. ²³
EE15	Al-Riyami AZ, Abdella YE, Badawi MA, Panchatcharam SM, Ghaleb Y, Maghsudlu M, et al / 2021	PubMed	França Inglês	A	4	Avaliar a situação na Região do Mediterrâneo Oriental (EMR) durante os primeiros meses da pandemia. ²⁴
EE16	Gehrie E, Tormey CA, Sanford KW / 2020	PubMed	EUA Inglês	B	4	Destacar as melhores práticas que surgiram durante a pandemia, com foco no gerenciamento do suprimento de sangue e operações de banco de sangue. ²⁵
EE17	Souza MKB de / 2020	Scielo	Brasil Inglês	A	4	Discutir as consequências das medidas de distanciamento social sobre a disponibilidade de sangue e a organização dos serviços hemoterápicos no início da pandemia no Brasil. ²⁶
EE18	Gniadek TJ, Mallek J, Wright G, Saporito C, AbiMansour N, Tangazi W, et al / 2020	Scopus	EUA Inglês	B	4	Descrever o resultado das medidas tomadas para expandir um programa hospitalar de coleta de doadores de sangue durante o início da pandemia de COVID-19 nos EUA. ²⁷
EE19	Raturi M, Kusum A / 2020	Web of Science	França Inglês	A	4	Estudar o padrão de coleta de sangue, demanda e problema antes e durante o surto da COVID-1, e obter lições cruciais para a gestão do suprimento de sangue, tanto agora como no futuro. ²⁸
EE20	Tagny CT, Lendem I, Ngo Sack F, Ngo Balogog P, Ninmou C, Dongmo A, et al / 2020	Web of Science	Camarões Inglês	A	4	Descrever o impacto da pandemia no número de doações de sangue nos Camarões, e avaliar o nível de conhecimento, as práticas e as expectativas dos doadores em relação à pandemia. ²⁹

Fonte: Autores, 2021.
CASP* Critical Appraisal Skills Programme. N/A não se aplica

demia COVID-19 e os estudos associados.

DISCUSSÃO

A análise dos achados permitiu verificar que, na maioria dos artigos selecionados, com exceção do estudo E9,¹⁸ houve redução significativa no número de doações de sangue durante a pandemia COVID-19, o que representa uma situação alarmante a nível mundial, no entanto diversas medidas foram adotadas com o objetivo de reverter essa necessidade emergente e urgente.

No contexto pandêmico, o impacto nas doações de sangue foi determinado pelos seguintes fatores: distanciamento social, lockdown, quarentena, medo de contrair o vírus, distância até os hemocentros e redução nos horários de funcionamento dos centros de doação. Consoante ao estudo realizado em Hong Kong, na China,¹⁵ a ansiedade e o medo de contrair a COVID-19 foram os principais empecilhos para a doação de sangue, o que

Quadro 3 Estudos analisados quanto aos impactos na doação de sangue. Presidente Prudente, Brasil, 2021.

Impacto nas doações de sangue e estudos associados	f
Períodos de bloqueio como lockdown e quarentena e isolamento social (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E18);	15
Ansiedade e medo de contrair COVID-19 (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E11, E12, E15, E18, E19, E20);	14
Diminuição das campanhas de doação e atividades educacionais (E2, E12, E15, E20);	4
Localização inconveniente dos locais de doação e logística ineficaz, sendo a distância até os centros e interrupção dos serviços de transporte (E6, E7, E9, E14);	4
Fechamento das unidades de doação (E1, E14, E17);	3
Cancelamento dos locais móveis de doação (E4, E8, E11);	3
Desafios de recursos materiais e financeiros enfrentados pelos países (E7);	1
Incerteza relacionada ao funcionamento normal dos serviços de doação (E1);	1
Seleção mais rigorosa de doadores (E14).	1

Fonte: Autores, 2021.

também foi encontrado nos demais artigos analisados como fator de maior relevância para o não comparecimento dos doadores aos postos de coleta.¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁻²⁰⁻²¹⁻²⁴⁻²⁷⁻²⁸⁻²⁹

Embora os serviços de doação dos países envolvidos, neste estudo, tenham sido afetados pela pandemia, observou-se que a gravidade da crise e a resposta das autoridades não foram semelhantes, já que, em grande parte dos países da África Ocidental,¹⁴ observou-se ausência ou não implementação de políticas de sangue e de planos de contingência em situações de instabilidade.

Apesar da doação de sangue ter sido significativamente afetada na maior parte dos países, constatou-se uma repercussão menor no estudo desenvolvido na Nigéria, uma vez que houve queda nas doações de sangue de aproximadamente 26,1%, sendo proporcional à redução de 18,9% na solicitação desse recurso, causado pelo declínio nas internações hospitalares e nos casos de lesões traumáticas.²¹

Nessa perspectiva, medidas de enfrentamento, durante a pandemia em relação às doações de sangue, tiveram que ser adotadas para suprir a demanda e escassez, haja visto a imprescindibilidade da manutenção dos hemocomponentes para salvar vidas. Assim, os serviços de hemoterapia têm buscado amplamente a adoção de novas táticas de marketing e de comunicação, visando a manutenção do estoque de sangue e o atendimento satisfatório às necessidades de saúde da população.

Neste contexto, as medidas comumente sugeridas e implementadas para mitigar a adversidade supracitada incluem o adiamento de cirurgias eletivas, horários alternativos para doação, campanhas de motivação altruísta, mobilização por meio das redes sociais, mensagens e cartas, medidas de segurança (uso de máscara, álcool em gel, distanciamento, aferição da temperatura), atendimento on-line e agendamento prévio de doação. Ainda, houve estudos,^{12,19-21,26-27} que destacaram a necessidade de efetivação de novos protocolos, políticas e diretrizes para se adaptar ao suprimento reduzido de sangue.

No Brasil, diversas notas técnicas com recomendações foram emitidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, com o intuito de orientar os serviços de hemoterapia

Quadro 4 Medidas adotadas frente ao contexto e estudos associados. Presidente Prudente, Brasil, 2021.

Medidas adotadas frente ao contexto e estudos associados	f
Medidas de segurança: higienização das mãos, uso de máscara, distanciamento social e das cadeiras de coleta, verificação da temperatura corporal (E1, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E13, E14, E15, E17, E18, E19, E20);	15
Campanhas de motivação altruísta e incentivo por meio das mídias (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E11, E13, E15, E17, E20);	13
Disponibilização de veículos de doação móvel e transporte gratuito (E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E15, E17);	10
Recrutamento por meio de mensagens curtas via SMS, ligações para celular, e envio de e-mails (E4, E5, E6, E7, E8, E11, E12, E15, E18, E20);	10
Desinfecção do ambiente, móveis e equipamentos (E3, E4, E6, E10, E14, E16, E17);	7
Agendamento prévio de doação on-line (E3, E4, E5, E6, E15, E17, E20);	7
Adiamento das cirurgias e procedimentos eletivos (E2, E6, E8, E10, E13, E16);	6
Manter uma lista de doadores voluntários (E2, E5, E7, E9, E18, E19);	6
Adoção de protocolos, políticas e diretrizes de enfrentamento (E3, E10, E12, E17, E18);	5
Novos critérios de adiamento para pacientes que testaram positivo para a COVID-19 (E3, E4, E6, E11, E15);	5
Flexibilidade nos horários de atendimento dos hemocentros (E1, E5);	2
Teste gratuito de COVID-19 como incentivo (E1).	1

Fonte: Autores, 2021.

sobre triagem clínica e garantir a segurança transfusional. Essas recomendações estão relacionadas ao risco de infecção pelo SARS-CoV-2 e aos critérios de inaptidão temporária para doação dos candidatos.³⁰

A pandemia causada doença de coronavírus apresentou ao setor saúde, necessidades urgentes com relação a planos de contingência frente a situações adversas. Cabe destacar que a COVID-19 é uma doença cuja sequelas ainda estão sendo mapeadas, porém, os longos períodos de internações causadas em sua decorrência têm aumentado a necessidade de maiores estoques de hemocomponentes. Assim, constata-se que a doação de sangue é um problema urgente de saúde pública que necessita de atenção pelos órgãos de controle.

Em relação à avaliação da qualidade me-

todológica e a classificação hierárquica é possível destacar algumas limitações, apesar da maioria dos estudos ter sido avaliado com boa qualidade, a maior parte das pesquisas ainda são apenas descritivas que retratam a realidade de serviços locais. Porém, tais iniciativas são importantes para mediação de políticas frente à escassez de sangue em situações epidêmicas.

Inferese, portanto, que as estratégias para manter o suprimento de sangue e evitar uma escassez durante a pandemia COVID-19 e outras circunstâncias de tal natureza, precisam incluir a proteção da equipe e doadores de sangue. Como implicações para a prática, alguns estudos destacaram bons resultados para superar os efeitos da pandemia nas doações, entretanto, mesmo após a adoção des-

sas medidas, torna-se importante examinar a viabilidade das propostas adotadas e criar planos de contingência para enfrentamento de situações adversas.

CONCLUSÃO

De acordo com os achados, fica eviden-

te que a situação epidemiológica da COVID-19, impactou negativamente nas doações de sangue, tanto na disponibilidade e no estoque, quanto na procura dos doadores aos hemocentros. Sob esse viés, elucidam-se nos estudos que, medidas são necessárias para assegurar o suprimento de sangue, ao passo em que garanta a segurança do doador e da

equipe, além de atender às necessidades do sistema de saúde.

Ainda que existam pesquisas sobre a COVID-19, esse tema demanda conhecimento aprofundado, principalmente quanto à compreensão dos impactos para a doação de sangue e medidas de enfrentamento.

REFERÊNCIAS

- Pereira RSMR, Reibnitz KS, Martini JG, Nitschke RG. Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. *Rev Bras Enferm*. Abril de 2010; 63:322–7.
- Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA de, Rocha A dos S, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. Junho de 2020.
- Brasil. Conheça ações do Ministério da Saúde para doações de sangue seguras durante a pandemia. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47549-conheca-acoes-do-ministerio-da-saude-para-doacoes-de-sangue-seguras-durante-a-pandemia>. 2020-2021.
- Bandeira FMG de C, Cunha JR da, Baião SV, Costa CM, Oliveira RMR de, Fonseca KB, et al. Impacto da pandemia COVID-19 na dinâmica do núcleo de hemoterapia de um hospital universitário. *Saúde Coletiva Barueri*. 6 de agosto de 2020; 10(54):2707–18.
- Ercole FF, Melo LS de, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(1):9–12.
- Araujo, WCO. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Convergências em Ciência da Informação*, v. 3, n. 2, p. 100-134, maio/ago. 2020.
- Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enferm*. Dezembro de 2008; 17(4):758–64.
- Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998 Nov; 11(4):195-206.
- Milton, K. Primary care trust: critical appraisal skills programme (CASP): making sense of evidence. London, 2002. Disponível em: <http://www.casp-uk.net/>
- Chandler T, Neumann-Böhme S, Sabat I, Barros PP, Brouwer W, van Exel J, et al. Blood donation in times of crisis: Early insight into the impact of COVID-19 on blood donors and their motivation to donate across European countries. *Vox Sang*. 2021; Hamburg Center for Health Economics, University of Hamburg, Hamburg, Germany).
- Pandey HC, Coshic P, C S C, Arcot PJ, Kumar K. Blood supply management in times of SARS-CoV-2 pandemic - challenges, strategies adopted, and the lessons learned from the experience of a hospital-based blood centre. *Vox Sang*. 26 de outubro de 2020;
- Maghsudlu M, Eshghi P, Amini Kafi-Abad S, Sedaghat A, Ranjbaran H, Mohammadi S, et al. Blood supply sufficiency and safety management in Iran during the COVID-19 outbreak. *Vox Sang*. 2021;116(2):175–80.
- Hu P, Kang J, Li Y, Li X, Li M, Deng M, et al. Emergency response to COVID-19 epidemic: One Chinese blood centre's experience. *Transfus Med*. 2020. COVID-19 Prevention and Control Working Group, Chengdu Blood Center, Chengdu, Sichuan Province, China).
- Silva-Malta MCF, Rodrigues D de OW, Chaves DG, Magalhães NNS, Ribeiro MA, Cioffi JGM, et al. Impact of COVID-19 in the attendance of blood donors and production on a Brazilian Blood Centres. *Transfus Med Oxf Engl*. 28 de outubro de 2020;
- Wang Y, Han W, Pan L, Wang C, Liu Y, Hu W, et al. Impact of COVID-19 on blood centres in Zhejiang province China. *Vox Sang*. agosto de 2020;115(6):502–6.
- Loua A, Kasilo OMJ, Nikiema JB, Sougou AS, Kniazkov S, Annan EA. Impact of the COVID-19 pandemic on blood supply and demand in the WHO African Region. *Vox Sang*. 2 de fevereiro de 2021;
- Yahia AIO. Management of blood supply and demand during the COVID-19 pandemic in King Abdullah Hospital, Bisha, Saudi Arabia. *Transfus Apher Sci Off J World Apher Assoc Off J Eur Soc Haemapheresis*. outubro de 2020;59(5):102836.
- Ogar CO, Okoroiwu HU, Obeagu EI, Etura JE, Abunimye DA. Assessment of blood supply and usage pre- and during COVID-19 pandemic: A lesson from non-voluntary donation. *Transfus Clin Biol J Soc Francaise Transfus Sang*. fevereiro de 2021;28(1):68–72.
- Ngo A, Masel D, Cahill C, Blumberg N, Refaai MA. Blood Banking and Transfusion Medicine Challenges During the COVID-19 Pandemic. *Clin Lab Med*. dezembro de 2020;40(4):587–601.
- Noordin SS, Yusoff NM, Karim FA, Chong SE. Blood transfusion services amidst the COVID-19 pandemic. *J Glob Health*. 17 de abril de 2021; 11:03053.
- Okoroiwu HU, Okafor IM, Asemota EA, Ogar CO, Uchendu IK. Coping with COVID-19 pandemic in blood transfusion services in West Africa: the need to re-strategize. *Hematol Transfus Cell Ther*. 10 de março de 2021;
- Al Mahmasani L, Hodroj MH, Finianos A, Taher A. COVID-19 pandemic and transfusion medicine: the worldwide challenge and its implications. *Ann Hematol*. maio de 2021;100(5):1115–22.
- Arcot PJ, Kumar K, Mukhopadhyay T, Subramanian A. Potential challenges faced by blood bank services during COVID-19 pandemic and their mitigative measures: The Indian scenario. *Transfus Apher Sci Off J World Apher Assoc Off J Eur Soc Haemapheresis*. outubro de 2020;59(5):102877.
- Al-Riyami AZ, Abdella YE, Badawi MA, Panchatcharam SM, Ghaleb Y, Maghsudlu M, et al. The impact of COVID-19 pandemic on blood supplies and transfusion services in Eastern Mediterranean Region. *Transfus Clin Biol J Soc Francaise Transfus Sang*. fevereiro de 2021;28(1):16–24.
- Gehrie E, Tormey CA, Sanford KW. Transfusion Service Response to the COVID-19 Pandemic. *Am J Clin Pathol*. 5 de agosto de 2020;154(3):280–5.
- Souza MKB de. Social distancing measures and demands for the reorganization of hemotherapy services in the context of Covid-19. *Cienc Saude Coletiva*. dezembro de 2020;25(12):4969–78.
- Gniadek TJ, Mallek J, Wright G, Saporito C, AbiMansour N, Tangazi W, et al. Expansion of hospital-based blood collections in the face of COVID-19 associated national blood shortage. *Transfusion (Paris)*. 2020;60(7):1470–5.
- Raturi M, Kusum A. The blood supply management amid the COVID-19 outbreak. *Transfus Clin Biol [Internet]*. agosto de 2020 [citado 26 de abril de 2021];27(3):147–51.
- Tagny CT, Lendem I, Ngo Sack F, Ngo Balogog P, Ninmou C, Dongmo A, et al. Trends in blood donations, blood donors' knowledge, practices and expectations during the COVID-19 pandemic in Cameroon. *Vox Sang*. 13 de dezembro de 2020;
- Van Riel e de Wit. Next-generation vaccine platforms for COVID-19.pdf. 2020.

Impact of the COVID-19 pandemic on blood donation: An integrated review

Impacto da pandemia COVID-19 na doação de sangue: Uma revisão integrativa

Impacto de la pandemia de COVID-19 en la donación de sangre: Una revisión integradora

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências científicas sobre o impacto da pandemia COVID-19 na doação de sangue e as medidas adotadas para superar o contexto atual. Método: trata-se de uma revisão integrativa, que utilizou a estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa. Foram utilizadas as seguintes bases para extração dos dados: Embase, PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, Web of Science. As buscas foram realizadas de março a maio de 2021, abrangendo artigos publicados até esse período. Resultados: foram analisados 20 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. Eles apontam que o impacto negativo da pandemia COVID-19, na doação, deu-se por períodos de bloqueio e medo de contrair o vírus, com isso medidas foram adotadas para superar a escassez de produtos sanguíneos. Conclusão: as evidências demonstram que a pandemia COVID-19 impacta negativamente nas doações, pelo declínio na procura dos doadores aos hemocentros, sendo necessária implementação de medidas para assegurar o suprimento de sangue.

DESCRIPTORIOS: Doadores de Sangue; Serviço de Hemoterapia; Avaliação do Impacto na Saúde; COVID-19; Pandemia.

ABSTRACT

Objective: to analyze the scientific evidence on the impact of the COVID-19 pandemic on blood donation and the measures adopted to overcome the current context. Method: this is an integrative review, which used the PICO strategy to construct the research question. The following bases were used for data extraction: Embase, PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, Web of Science. The searches were conducted from March to May 2021, covering articles published up to this period. Results: 20 studies that met the inclusion criteria were analyzed. They point out that the negative impact of the COVID-19 pandemic, on donation, was due to periods of lockdown and fear of contracting the virus, so measures were adopted to overcome the shortage of blood products. Conclusion: the evidence shows that the COVID-19 pandemic has a negative impact on donations, due to the decline in donor demand for blood centers, requiring the implementation of measures to ensure the blood supply.

DESCRIPTORS: Blood Donors; Servicio de Hemoterapia; Evaluación del Impacto en la Salud; COVID-19; Pandemias

RESUMEN

Objetivo: analizar la evidencia científica sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la donación de sangre y las medidas adoptadas para superar el contexto actual. Método: se trata de una revisión integradora, que utilizó la estrategia PICO para construir la pregunta de investigación. Para la extracción de datos se utilizaron las siguientes bases: Embase, PubMed/MEDLINE, SciELO, Scopus, Web of Science. Las búsquedas se realizaron entre marzo y mayo de 2021, abarcando los artículos publicados hasta ese periodo. Resultados: Se analizaron 20 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Señalan que el impacto negativo de la pandemia de COVID-19, en la donación, se debió a los períodos de confinamiento y al miedo a contraer el virus, por lo que se adoptaron medidas para superar la escasez de hemoderivados. Conclusión: la evidencia muestra que la pandemia de COVID-19 tiene un impacto negativo en las donaciones, debido a la disminución de la demanda de donantes para los centros de sangre, lo que requiere la implementación de medidas para garantizar el suministro de sangre.

DESCRIPTORIOS: Blood Donors; Hemotherapy Service; Health Impact Assessment; COVID-19; Pandemics

RECEBIDO EM: 25/03/2022 APROVADO EM: 03/06/2022

Viviane dos Santos Vaccaro Lima

Graduated in Nursing from Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE, Presidente Prudente, SP, BR
ORCID: 0000-0003-2007-363X.

Amanda Aline Azevedo da Silva

Graduated in Nursing from Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE, Presidente Prudente, SP, BR
ORCID: 0000-0002-8190-8381.

Bruna Pereira Queiroz de Almeida

Graduated in Nursing from Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente - UNOESTE, SP, BR
ORCID: 0000-0002-5853-6559.

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida

Doctor in Health Sciences from the School of Nursing of Ribeirão Preto - University of São Paulo. Nursing Professor at the Integrated Health Institute - INISA, Federal University of Mato Grosso do Sul - UFMS, MS, BR
ORCID: 0000-0002-4984-3928

Beatriz Maria Jorge

PhD in Health Sciences from the Ribeirão Preto School of Nursing - University of São Paulo. Professor of the Nursing Course at Coxim Campus, Federal University of Mato Grosso do Sul - UFMS, MS, BR
ORCID: 0000-0002-9203-4691

Elaine Cristina Negri

PhD in Health Sciences at the Ribeirão Preto School of Nursing - University of São Paulo. Professor at the Nursing Department at the Universidade do Oeste Paulista - UNOESTE, SP, BR
ORCID: 0000-0001-8665-1936

INTRODUCTION

Blood donation is a voluntary, spontaneous and altruistic act in the national territory. The World Health Organization (WHO) recommends that 3 to 5% of the population of a country donate blood each year, ensuring the supply of blood and blood products and avoiding potential risks to the lives of those who need this resource.¹

Based on the COVID-19 pandemic scenario, due to the systemic repercussions caused by the Sars-CoV-2 virus, hygiene and social isolation measures were adopted in order to control infection rates. In this context, interventions include the isolation of positive cases for COVID-19, both from the infected person and from household contacts, hygiene of hands and objects, use of face masks, new breathing habits and social distancing, such as quarantine and lockdown.²

The aforementioned conducts had a significant impact on blood donation services, which underwent changes in the supply and demand of blood components. The prevalence of blood diseases and surgical procedures demand support from hemotherapy services, but the impacts brought by the COVID-19 pandemic had a direct impact on blood donations, as a consequence of the requirement of social

isolation and the fear of contamination.³

Due to the increase in life expectancy, non-communicable chronic diseases, increase in the number of car accidents and health technologies, the use of blood products transfusion has been a therapy widely used in secondary and tertiary care services.

In order for a transfusion to take place, a donation is required. The entire blood donation process takes around 40 minutes. To be a donor, the basic requirements to be considered include being in good health, being between 16 and 69 years old, having a minimum weight of 50 kilos, being fed and avoiding fatty foods in the previous three hours.³

In order for a transfusion to take place, a donation is required. The entire blood donation process takes around 40 minutes. To be a donor, the basic requirements to be considered include being in good health, being between 16 and 69 years old, having a minimum weight of 50 kilos, being fed and avoiding fatty foods in the previous three hours.³

On the other hand, despite the implemented measures, there was a significant drop in the maintenance of blood components stock, caused by high demand and scarce supply of donors in hemotherapy services.⁴

In view of this context, it was observed

that blood donation in the COVID-19 pandemic emerged a new problem to be investigated, as it is a current issue and that may provide a basis for the adoption of strategies for future adverse situations.

In this context, this review aimed to analyze the scientific evidence on the impact of the COVID-19 pandemic on blood donation, and the measures adopted to overcome the growing need for blood donation.

METHOD

This is an integrative review that summarizes the results obtained in research on the investigated topic. This method occurs in a systematic, orderly and comprehensive way, and makes it possible to explore preexisting knowledge.⁵

For the elaboration of this integrative review, six steps were completed, namely: identification of the theme and research question; establishment of criteria for inclusion and exclusion, definition of information to be extracted from selected studies; evaluation of included studies; interpretation of results; and presentation of the review/synthesis of knowledge.⁵

In the construction of the research question, the PICo strategy was used, which considers the population or the patient or the problem, the phenomenon of inte-

rest and the context.⁶

Thus, the following strategy was defined for the study:

P: Blood donation;

I: Impact and measures adopted;

Co: COVID- 19. Pandemics

This strategy allowed us to elaborate the following research question: What is the impact of the COVID-19 pandemic on blood donation and what measures are adopted?

After establishing the question, an initial search was performed on the PubMed portal of the National Library of Medicine, to identify the main descriptors and keywords used in studies that addressed the topic of interest in this review.

Then, the descriptors found in the articles of the researched bases were selected for consultation in DECS (Descriptors in Health Sciences) and MeSH (Medical Subject Headings), being designated according to the components of the PICO strategy. Descriptors in Portuguese and English were considered, as follows: P: hemotherapy service, blood transfusion, blood, hemotherapy; I: impact; Co: coronavirus infections, coronavirus, COVID-19 pandemic, COVID-19, coronavirus disease.

The descriptors were delimited according to each database. To combine them, the Boolean operators AND (restrictive combination) and OR (additive combination) were used. The following databases were used to select the studies: Embase, US National Library of Medicine/ National Institutes of Health (PubMed/ MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus, Web of Science.

The following inclusion criteria were defined: articles published in Portuguese, English or Spanish; articles published in 2020 and 2021; articles published in national and international journals; studies with a quantitative and qualitative approach that address the issue of the possible impact of the COVID-19 pandemic on hemotherapy services and the measures

Databases	Search strategy
EMBASE	'blood transfusion' AND 'coronavirus disease 2019' AND impact
PubMed	((("Hemotherapy"[All Fields] AND ("service"[All Fields] OR "services"[All Fields] OR "serviced"[All Fields] OR "services s"[All Fields] OR "servicing"[All Fields]) OR "blood centres"[All Fields] OR ("blood transfusion"[MeSH Terms] OR ("blood"[All Fields] AND "transfusion"[All Fields]) OR "blood transfusion"[All Fields])) AND "covid 19 pandemic"[All Fields])
Scielo	"hemoterapia" OR serviços de hemoterapia AND coronavirus OR "infecções por coronavírus" OR promoção de saúde
Scopus	(hemotherapy) OR (blood AND centres) AND (covid-19 AND pandemic) AND (impact)
Web of Science	(Hemotherapy) OR TÓPICO: (blood centres) AND TÓPICO: (COVID-19 pandemic) AND TÓPICO: (IMPACT). Tempo estipulado: 2020-2021

Source: Authors, 2021.

adopted in blood donation.

Exclusion criteria were: information from books and/or chapters, description of studies from integrative, systematic reviews of the literature and/or meta-analysis, as well as reflection articles.

The searches in the databases were carried out from March to May 2021, covering articles published until that period, and using a time frame between 2020 and 2021. The Zotero software was used to manage the references in the databases.

Regarding the analysis and extraction of data, based on the PICO strategy, a spreadsheet was prepared in the Microsoft Excel 2019[®] program, based on the instrument proposed by Ursi and Galvão (2006),⁷ contemplating the following items: study identification number, year, title, main author, country, language, study objectives, level of evidence, impact of the COVID-19 pandemic, on blood donations and measures adopted.

Three independent reviewers extracted information from selected studies. In case of discrepancies, they would be discussed and resolved between the researchers or

forwarded to a fourth reviewer. The references of the selected studies were checked to see if they could be eligible for this review.

For hierarchical classification of the evidence of the studies, the criteria proposed by Stetler et al. (1998)⁸: Level 1: evidence resulting from the meta-analysis of multiple randomized controlled clinical trials; Level 2: evidence obtained from individual studies with an experimental design; Level 3: evidence from quasi-experimental studies; Level 4: evidence from descriptive studies (non-experimental) or with a qualitative approach; Level 5: evidence from case reports or experience and Level 6: evidence based on expert opinions.

In the evaluation of the methodological quality, the adapted instrument Critical Appraisal Skills Program (CASP) was applied to the included studies. This instrument has 10 scoring items, including: 1) Objective, 2) Adequacy of the method, 3) Presentation of methodological procedures, 4) Sample selection, 5) Thorough data collection, 6) Relationship between researcher and researched, 7) Ethical consi-

derations, 8) Rigorously analyzing data, 9) Credibility in the discussion of results and 10) Contributions, limitations and needs for further research. After the evaluation, the study can be classified as level A (6 to 10 points), featuring good methodological quality and reduced bias; or level B (up to 5 points), with satisfactory methodological quality, however with risk of bias.⁹

RESULTS

The search in the selected databases identified 514 studies, of these 20 (100%) studies answered the research question. The stages of the search and selection process of studies are shown in Figure 1, adapted from PRISMA.

Most of the studies found were published in the Embase databases, with eight articles (40.0%) and PubMed also with eight articles (40.0%), followed by Scielo one article (5.0%), Scopus one (5.0%), and finally, in Web of Science, with two (10.0%).

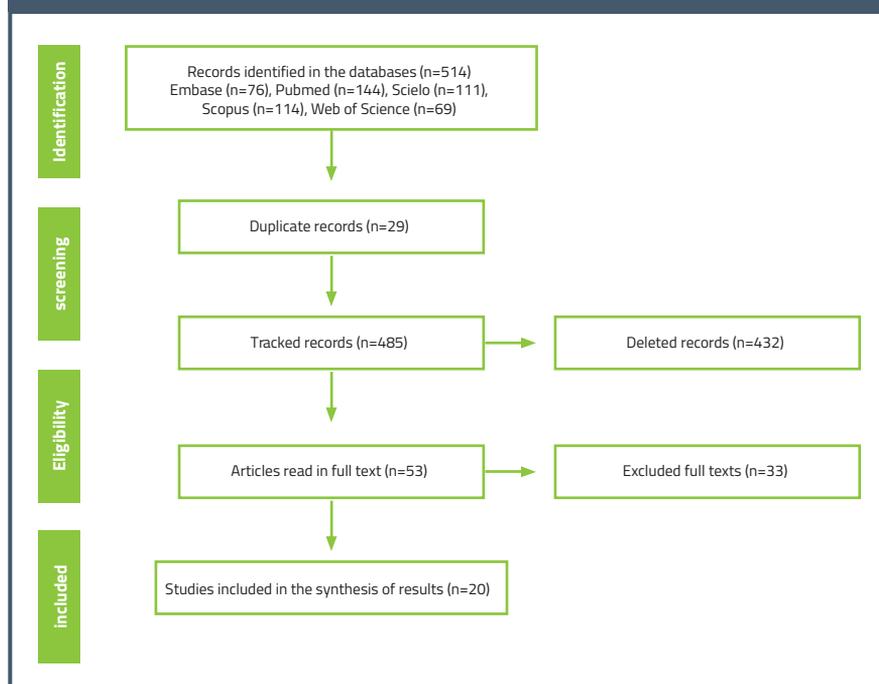
All studies were published in English. Regarding the countries of publication, the continents were found: Asian (n=8, 40.0%), American (n=5, 25.0%), African (n=4, 20.0%) and European (n=3, 15.0%).

Table 2 presents an overview of the studies included according to the adaptation of the Ursi and Galvão model (2006),⁷ with the general characteristics: article number, title, year, database, country/language, objective, type of study and level of evidence.

Regarding the level of evidence, of the 20 studies, 19 (95%) presented classification 4, which consists of evidence from descriptive studies (non-experimental) or with a qualitative approach. Only one article (5%) scored level 5, dealing with evidence from case reports or experience.

As for CASP, 7 it was found that eight studies (40%) obtained level B (up to 5 points), indicating adequate methodological quality, but with risk of bias. On the other hand, 11 studies (55%) were classified at level A (from 6 to 10 points), indicating the highest level of methodological quality and reduced bias. On the other

Figure 1 - Flowchart of the process of Identification, selection, inclusion and exclusion of studies prepared based on the PRISMA recommendation, Presidente Prudente, SP, Brazil, 2021.



Source: Authors, 2021

hand, the aforementioned instrument does not apply to E4 (5%), as it is an experience report.

Related to the impact of the COVID-19 pandemic on blood donation, most studies (E1, 10 E2, 11 E3, 12 E4, 13 E5, 14 E6, 15 E7, 16 E8, 17 E10, 19 E12, 21 E13, 22 E14, 23 E15, 24 E16, 25 E18, 27), mentioned that periods of lockdown such as lockdown, quarantine and social isolation issued by local governments and published on social media, culminated in the restriction of the population's circulation, and consequently a lower demand for blood centers for donation, which led to a significant reduction in the number of blood donations.

Another item that was evidenced in several studies was that the population did not seek hemotherapy services due to anxiety and fear of contracting COVID-19, during the journey to the place and at the time of the procedure (E1, 10 E2, 11 E3, 12 E4, 13 E5, 14 E7, 16 E8, 17 E9, 18 E11,

20 E12, 21 E15, 24 E18, 27 E19, 28 E20, 29). Table 3 contains the factors that impacted blood donations and associated studies.

Regarding the measures adopted in the face of the COVID-19 pandemic, a series of measures were proposed to overcome the blood shortage during that context, with each country acting according to its resources and needs. The studies E1, 10 E3, 12 E4, 13 E6, 15 E7, 16 E8, 17 E10, 19 E11, 20 E13, 22 E14, 23 E15, 24 E17, 26 E18, 27 E19, 28 E20, 29 addressed the use of safety measures such as hand hygiene, mask use, social distancing, collection chairs and body temperature measurement before entering the service.

Altruistic motivation campaigns and incentives through the media (E1, 10 E2, 11 E3, 12 E4, 13 E5, 14 E7, 16 E8, 17 E9, 18 E11, 20 E13, 22 E15, 24 E17, 26 E20, 29), were important measures in most studies. Table 4 presents the measures adopted in the context of the COVID-19 pan-

Quadro 2 Características gerais dos estudos incluídos na revisão integrativa. Presidente Prudente, SP, Brasil, 2021

No.	Authors/ Year	Database	Country/ Language	CASP*	Level of Evidence	Objective
E1	Chandler T, Neumann-Böhme S, Sabat I, Barros PP, Brouwer W, van Exel J, et al/ 2021	Embase	Germany English	A	4	To provide an initial insight into blood donation activity in seven European countries and the motivation of blood donors to donate or not to donate during the first phase of the COVID-19 crisis. 10
	Pandey HC, Coshic P, C S C, Arcot PJ, Kumar K/2020	Embase	Índia Inglês	A	4	Compartilhar experiências e o efeito de várias políticas adotadas no hemocentro. ¹¹
E2	Pandey HC, Coshic P, C S C, Arcot PJ, Kumar K/2020	Embase	India English	A	4	Share experiences and the effect of various policies adopted at the blood center. 11
E3	Maghsudlu M, Eshghi P, Armini Kafi-Abad S, Sedaghat A, Ranjbaran H, Mohammadi S, et al/ 2021	Embase	Iran English	B	4	Review the trend of blood donations and blood supply during the COVID-19 pandemic in Iran and report on actions taken by the National Committee for the Management of the COVID-19 Outbreak. 12
EE4	Hu P, Kang J, Li Y, Li X, Li M, Deng M, et al/ 2020	Embase	China English	D/A	5	Demonstrate the emergency response of a Chinese blood center in maintaining, securing the blood supply during large and emerging epidemics. 13
EE5	Silva-Malta MCF, Rodrigues D de OW, Chaves DG, Magalhães NNS, Ribeiro MA, Cioffi JGM, et al /2020	Embase	Brazil English	A	4	To verify the impact of the COVID-19 pandemic on blood donor care, collection and production, as well as deferral and return of blood donation candidates in the first half of 2020 at Hemominas when compared to an institute historical series from 2016 to 2019. 14
EE6	Wang Y, Han W, Pan L, Wang C, Liu Y, Hu W, et al/2020	Embase	China English	A	4	Assess the impact of the COVID-19 pandemic on blood donation and supply in Zhejiang Province. 15
EE7	Loua A, Kasilo OMI, Nikiema JB, Sougou AS, Kniazkov S, Annan EA/2021	Embase	Congo Republic English	B	4	Discuss the impact of the COVID-19 pandemic on blood supply and demand in the African Region and propose measures to address the challenges faced by countries as a result of the pandemic. 16
EE8	Yahia AIO/2020	Embase	Saudi Arabia English	A	4	Analyze donor care and blood demand, with the aim of finding efficient ways to manage blood supply and demand during the COVID-19 pandemic. 17
EE9	Ogar CO, Okoroiwu HU, Obeagu EI, Etura JE, Abunimye DA /2021	PubMed	Nigeria English	A	4	To assess the effect of the pandemic on blood supply and blood transfusion at the University Hospital of the University of Calabar. 18
EE10	Ngo A, Masel D, Cahill C, Blumberg N, Refaai MA /2020	PubMed	USA English	B	4	Address how the COVID-19 pandemic has affected blood banks, including the safety of blood donors and recipients of blood products, the management and distribution of blood products. 19
EE11	Noordin SS, Yusoff NM, Karim FA, Chong SE / 2021	PubMed	Malaysia English	B	4	Discuss the impact and suggest best practices for blood transfusion services in this era of new norms. 20
EE12	Okoroiwu HU, Okafor IM, Asemota EA, Ogar CO, Uchendu IK/ 2021	PubMed	Nigeria English	A	4	Discuss the situation of blood transfusion in the West African region in the pre-COVID-19 period and analyze the capacity to respond to demand during the pandemic, as well as discuss a possible panacea to improve services. 21
EE13	Al Mahmasani L, Hodroj MH, Finianos A, Taher A / 2021	PubMed	Lebanon English	B	4	Identify measures taken to overcome the shortage of blood products and propose the role of plasma therapy in the treatment of patients with COVID-19. 22

EE14	Arcot PJ, Kumar K, Mukhopadhyay T, Subramanian A / 2020	PubMed	India English	B	4	Discuss potential challenges a blood bank may face and appropriate long-term measures. 23
EE15	Al-Riyami AZ, Abdella YE, Badawi MA, Panchatcharam SM, Ghaleb Y, Maghsudlu M, et al / 2021	PubMed	France English	A	4	Assess the situation in the Eastern Mediterranean Region (EMR) during the first months of the pandemic. 24
EE16	Gehrie E, Tormey CA, Sanford KW / 2020	PubMed	USA English	B	4	Highlight best practices that emerged during the pandemic, with a focus on blood supply management and blood bank operations. 25
EE17	Souza MKB de / 2020	Scielo	Brazil English	A	4	Discuss the consequences of social distancing measures on the availability of blood and the organization of hemotherapy services at the beginning of the pandemic in Brazil. 26
EE18	Gniadek TJ, Mallek J, Wright G, Saporito C, AbiMansour N, Tangazi W, et al / 2020	Scopus	USA English	B	4	To describe the outcome of measures taken to expand a hospital blood donor collection program during the beginning of the COVID-19 pandemic in the US. 27
EE19	Raturi M, Kusum A / 2020	Web of Science	France English	A	4	Study the blood collection pattern, demand and problem before and during the COVID-1 outbreak, and gain crucial lessons for blood supply management, both now and in the future. 28
EE20	Tagny CT, Lendem I, Ngo Sack F, Ngo Balogog P, Ninmou C, Dongmo A, et al / 2020	Web of Science	Cameroon English	A	4	To describe the impact of the pandemic on the number of blood donations in Cameroon, and to assess the level of knowledge, practices and expectations of donors regarding the pandemic. 29

Source: Authors, 2021.
CASP* Critical Appraisal Skills Programme. D/A Does not apply

demic and associated studies.

DISCUSSION

The analysis of the findings made it possible to verify that, in most of the selected articles, with the exception of study E9,¹⁸ There was a significant reduction in the number of blood donations during the COVID-19 pandemic, which represents an alarming situation worldwide, however several measures were adopted with the aim of reversing this emerging and urgent need.

In the pandemic context, the impact on blood donations was determined by the following factors: social distancing, lockdown, quarantine, fear of contracting the virus, distance to blood centers and reduced opening hours of donation centers. According to the study carried out in Hong Kong, China,¹⁵ Anxiety and fear of contracting COVID-19 were the main

Table 3 Studies analyzed regarding the impacts on blood donation. Presidente Prudente, Brazil, 2021.

Impact on blood donations and associated studies	f
Lockdown periods such as lockdown and quarantine and social isolation (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E18);	15
Anxiety and fear of contracting COVID-19 (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E11, E12, E15, E18, E19, E20);	14
Decrease in donation campaigns and educational activities (E2, E12, E15, E20);	4
Inconvenient location of donation sites and inefficient logistics, being distance to centers and interruption of transport services (E6, E7, E9, E14);	4
Closing of donation units (E1, E14, E17);	3
Canceling mobile donation locations (E4, E8, E11);	3
Material and financial resource challenges faced by countries (E7);	1
Uncertainty related to the normal functioning of donation services (E1);	1
More rigorous selection of donors (E14).	1

Source: Authors, 2021.

obstacles to blood donation, which was also found in the other articles analyzed as the most relevant factor for the non-attendance of donors to the collection points.

10-11-12-13-14-16-17-18-20-21-24-27-28-29

Although the donor services of the countries involved in this study were affected by the pandemic, it was observed that the severity of the crisis and the response of the authorities were not similar, as in most West African countries,¹⁴ there was an absence or non-implementation of blood policies and contingency plans in situations of instability.

Although blood donation was significantly affected in most countries, there was a smaller repercussion in the study developed in Nigeria, since there was a drop in blood donations of approximately 26.1%, being proportional to the 18.9% reduction in the request for this resource, caused by the decline in hospital admissions and in cases of traumatic injuries.²¹

From this perspective, coping measures, during the pandemic in relation to blood donations, had to be adopted to meet the demand and scarcity, given the indispensability of maintaining blood components to save lives. Thus, hemotherapy services have widely sought the adoption of new marketing and communication tactics, aiming at maintaining the blood supply and satisfying the population's health needs.

In this context, the measures commonly suggested and implemented to mitigate the aforementioned adversity include the postponement of elective surgeries, alternative times for donation, altruistic motivation campaigns, mobilization through social networks, messages and letters, safety measures (use of mask, gel alcohol, distancing, temperature measurement), online service and prior donation scheduling. Still, there were studies,^{12,19-21,26-27} which highlighted the need to implement new protocols, policies and guidelines to adapt to the reduced blood supply.

In Brazil, several technical notes with recommendations were issued by the National Health Surveillance Agency, in order to guide hemotherapy services on clinical screening and ensure transfusion

Table 4 - Measures adopted in view of the context and associated studies. Presidente Prudente, Brazil, 2021.

Measures adopted in the context and associated studies	f
Safety measures: hand hygiene, mask use, social distancing and collection chairs, body temperature check (E1, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11, E13, E14, E15, E17, E18, E19, E20);	15
Campaigns of altruistic motivation and encouragement through the media (E1, E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E11, E13, E15, E17, E20);	13
Availability of mobile donation vehicles and free transport (E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E15, E17);	10
Recruitment through short messages via SMS, cell phone calls, and sending emails (E4, E5, E6, E7, E8, E11, E12, E15, E18, E20);	10
Disinfection of the environment, furniture and equipment (E3, E4, E6, E10, E14, E16, E17);	7
Pre-schedule online donation (E3, E4, E5, E6, E15, E17, E20);	7
Postponement of elective surgeries and procedures (E2, E6, E8, E10, E13, E16);	6
Maintain a list of volunteer donors (E2, E5, E7, E9, E18, E19);	6
Adoption of protocols, policies and coping guidelines (E3, E10, E12, E17, E18);	5
New deferral criteria for patients who test positive for COVID-19 (E3, E4, E6, E11, E15);	5
Flexibility in the opening hours of blood centers (E1, E5);	2
Free COVID-19 Trial as an Incentive (E1).	1

Source: Authors, 2021.

safety. These recommendations are related to the risk of infection by SARS-CoV-2 and the criteria of temporary inability for candidates to donate.³⁰

The pandemic caused by the coronavirus disease has presented the health sector with urgent needs regarding contingency plans in the face of adverse situations. It should be noted that COVID-19 is a disease whose sequelae are still being mapped, however, the long periods of hospitalization caused as a result of it have increased the need for greater stocks of blood components. Thus, it appears that blood donation is an urgent public health problem that needs attention by the control bodies.

Regarding the evaluation of methodological quality and the hierarchical clas-

sification, it is possible to highlight some limitations, although most studies have been evaluated with good quality, most of the studies are still only descriptive that portray the reality of local services. However, such initiatives are important to mediate policies in the face of blood shortages in epidemic situations..

It is inferred, therefore, that strategies to maintain the blood supply and avoid a shortage during the COVID-19 pandemic and other such circumstances need to include the protection of staff and blood donors. As implications for practice, some studies highlighted good results to overcome the effects of the pandemic on donations, however, even after adopting these measures, it is important to examine the

feasibility of the proposals adopted and create contingency plans to face adverse situations.

CONCLUSION

According to the findings, it is evident that the epidemiological situation of CO-

VID-19 had a negative impact on blood donations, both in availability and stock, and in the demand of donors to blood centers. Under this bias, it is clarified in the studies that measures are necessary to ensure the blood supply, while ensuring the safety of the donor and the team, in addition to meeting the needs of the heal-

th system.

Although there is research on COVID-19, this topic demands in-depth knowledge, especially regarding the understanding of the impacts of blood donation and coping measures.

REFERENCES

- Pereira RSMR, Reibnitz KS, Martini JG, Nitschke RG. Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. *Rev Bras Enferm*. Abril de 2010; 63:322–7.
- Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA de, Rocha A dos S, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. Junho de 2020.
- Brasil. Conheça ações do Ministério da Saúde para doações de sangue seguras durante a pandemia. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47549-conheca-acoes-do-ministerio-da-saude-para-doacoes-de-sangue-seguras-durante-a-pandemia>. 2020-2021.
- Bandeira FMG de C, Cunha JR da, Baião SV, Costa CM, Oliveira RMR de, Fonseca KB, et al. Impacto da pandemia COVID-19 na dinâmica do núcleo de hemoterapia de um hospital universitário. *Saúde Coletiva Barueri*. 6 de agosto de 2020; 10(54):2707–18.
- Ercole FF, Melo LS de, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(1):9–12.
- Araujo, WCO. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Convergências em Ciência da Informação*, v. 3, n. 2, p. 100-134, maio/ago. 2020.
- Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enferm*. Dezembro de 2008; 17(4):758–64.
- Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res*. 1998 Nov; 11(4):195–206.
- Milton, K. Primary care trust: critical appraisal skills programme (CASP): making sense of evidence. London, 2002. Disponível em: <http://www.casp-uk.net/>
- Chandler T, Neumann-Böhme S, Sabat I, Barros PP, Brouwer W, van Exel J, et al. Blood donation in times of crisis: Early insight into the impact of COVID-19 on blood donors and their motivation to donate across European countries. *Vox Sang*. 2021; Hamburg Center for Health Economics, University of Hamburg, Hamburg, Germany).
- Pandey HC, Cosic P, C S C, Arcot PJ, Kumar K. Blood supply management in times of SARS-CoV-2 pandemic - challenges, strategies adopted, and the lessons learned from the experience of a hospital-based blood centre. *Vox Sang*. 26 de outubro de 2020;
- Maghsudlu M, Eshghi P, Amini Kafi-Abad S, Sedaghat A, Ranjbaran H, Mohammadi S, et al. Blood supply sufficiency and safety management in Iran during the COVID-19 outbreak. *Vox Sang*. 2021;116(2):175–80.
- Hu P, Kang J, Li Y, Li X, Li M, Deng M, et al. Emergency response to COVID-19 epidemic: One Chinese blood centre's experience. *Transfus Med*. 2020. COVID-19 Prevention and Control Working Group, Chengdu Blood Center, Chengdu, Sichuan Province, China).
- Silva-Malta MCF, Rodrigues D de OW, Chaves DG, Magalhães NNS, Ribeiro MA, Cioffi JGM, et al. Impact of COVID-19 in the attendance of blood donors and production on a Brazilian Blood Centres. *Transfus Med Oxf Engl*. 28 de outubro de 2020;
- Wang Y, Han W, Pan L, Wang C, Liu Y, Hu W, et al. Impact of COVID-19 on blood centres in Zhejiang province China. *Vox Sang*. agosto de 2020;115(6):502–6.
- Loua A, Kasilo OMJ, Nikiema JB, Sougou AS, Kniazkov S, Annan EA. Impact of the COVID-19 pandemic on blood supply and demand in the WHO African Region. *Vox Sang*. 2 de fevereiro de 2021;
- Yahia AIO. Management of blood supply and demand during the COVID-19 pandemic in King Abdullah Hospital, Bisha, Saudi Arabia. *Transfus Apher Sci Off J World Apher Assoc Off J Eur Soc Haemapheresis*. outubro de 2020;59(5):102836.
- Ogar CO, Okoroiwu HU, Obeagu EI, Etura JE, Abunimye DA. Assessment of blood supply and usage pre- and during COVID-19 pandemic: A lesson from non-voluntary donation. *Transfus Clin Biol J Soc Francaise Transfus Sang*. fevereiro de 2021;28(1):68–72.
- Ngo A, Masel D, Cahill C, Blumberg N, Refaai MA. Blood Banking and Transfusion Medicine Challenges During the COVID-19 Pandemic. *Clin Lab Med*. dezembro de 2020;40(4):587–601.
- Noordin SS, Yusoff NM, Karim FA, Chong SE. Blood transfusion services amidst the COVID-19 pandemic. *J Glob Health*. 17 de abril de 2021; 11:03053.
- Okoroiwu HU, Okafor IM, Asemota EA, Ogar CO, Uchendu IK. Coping with COVID-19 pandemic in blood transfusion services in West Africa: the need to re-strategize. *Hematol Transfus Cell Ther*. 10 de março de 2021;
- Al Mahmasani L, Hodroj MH, Finianos A, Taher A. COVID-19 pandemic and transfusion medicine: the worldwide challenge and its implications. *Ann Hematol*. maio de 2021;100(5):1115–22.
- Arcot PJ, Kumar K, Mukhopadhyay T, Subramanian A. Potential challenges faced by blood bank services during COVID-19 pandemic and their mitigative measures: The Indian scenario. *Transfus Apher Sci Off J World Apher Assoc Off J Eur Soc Haemapheresis*. outubro de 2020;59(5):102877.
- Al-Riyami AZ, Abdella YE, Badawi MA, Panchatcharam SM, Ghaleb Y, Maghsudlu M, et al. The impact of COVID-19 pandemic on blood supplies and transfusion services in Eastern Mediterranean Region. *Transfus Clin Biol J Soc Francaise Transfus Sang*. fevereiro de 2021;28(1):16–24.
- Gehrie E, Tormey CA, Sanford KW. Transfusion Service Response to the COVID-19 Pandemic. *Am J Clin Pathol*. 5 de agosto de 2020;154(3):280–5.
- Souza MKB de. Social distancing measures and demands for the reorganization of hemotherapy services in the context of Covid-19. *Cienc Saude Coletiva*. dezembro de 2020;25(12):4969–78.
- Gniadek TJ, Mallek J, Wright G, Saporito C, AbiMansour N, Tangazi W, et al. Expansion of hospital-based blood collections in the face of COVID-19 associated national blood shortage. *Transfusion (Paris)*. 2020;60(7):1470–5.
- Raturi M, Kusum A. The blood supply management amid the COVID-19 outbreak. *Transfus Clin Biol [Internet]*. agosto de 2020 [citado 26 de abril de 2021];27(3):147–51.
- Tagny CT, Lendem I, Ngo Sack F, Ngo Balogop P, Ninmou C, Dongmo A, et al. Trends in blood donations, blood donors' knowledge, practices and expectations during the COVID-19 pandemic in Cameroon. *Vox Sang*. 13 de dezembro de 2020;
- Van Riel e de Wit. Next-generation vaccine platforms for COVID-19.pdf. 2020.

Evidências científicas para o autocuidado de pessoas com estomias intestinais

Scientific evidence for the self-care of people with intestinal stomas

Evidencia científica para el autocuidado de personas con ostomas intestinales

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências sobre a assistência de enfermagem para o autocuidado de pacientes com estomias intestinais. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa de artigos disponíveis nas bases de dados PUBMED®, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicados entre 2016 a 2021, a partir dos descritores: “estomia” (ostomy) and “assistência de enfermagem” (nursing care) and “autocuidado” (self care), no meses de janeiro e fevereiro de 2022. Resultados: Foram identificados 12 artigos que apresentaram as orientações a serem transmitidas pelo enfermeiro aos pacientes estomizados para a promoção do autocuidado, de acordo com a Teoria de Orem, especificamente a Teoria do Déficit de Autocuidado. Conclusão: O paciente com estomia intestinal enquadra-se na categoria autocuidado por desvio a saúde e demanda uma assistência apropriada e tem que se conscientizar dos efeitos e dos resultados de estados patológicos.

DESCRIPTORIOS: Estomia Intestinal; Assistência de Enfermagem; Autocuidado.

ABSTRACT

Objective: to analyze the evidence on nursing care for the self-care of patients with intestinal ostomies. Methodology: This is an integrative review of articles available in the PUBMED® databases, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), International Literature on Health Sciences (MEDLINE), Nursing Databases (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), published between 2016 and 2021, based on the descriptors: “ostomy” (ostomy) and “nursing care” (nursing care) and “self care” (self care), in the months of January and February 2022. Results: Twelve articles were identified that presented the guidelines to be transmitted by nurses to ostomy patients for the promotion of self-care, according to Orem’s Theory, specifically the Self-Care Deficit Theory. Conclusion: The patient with an intestinal ostomy fits into the self-care category due to health deviation and demands appropriate assistance and has to be aware of the effects and results of pathological states.

DESCRIPTORS: Bowel Ostomy; Nursing Assistance; Personal care.

RESUMEN

Objetivo: analizar las evidencias sobre los cuidados de enfermería para el autocuidado de pacientes con ostomías intestinales. Metodología: Se trata de una revisión integradora de artículos disponibles en las bases de datos PUBMED®, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (MEDLINE), Bases de Datos de Enfermería (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicado entre 2016 y 2021, a partir de los descriptores: “ostomy” (ostomía) y “cuidado de enfermería” (cuidado de enfermería) y “self care” (autocuidado), en los meses de enero y febrero de 2022. Resultados: Doce artículos se identificaron que presentaron las orientaciones a ser transmitidas por los enfermeros a los ostomizados para la promoción del autocuidado, según la Teoría de Orem, específicamente la Teoría del Déficit de Autocuidado. Conclusión: El paciente con ostomía intestinal se encuadra en la categoría de autocuidado por desviación de la salud y demanda asistencia adecuada y tiene que ser consciente de los efectos y resultados de los estados patológicos.

DESCRIPTORES: Ostomía Intestinal; Asistencia de Enfermería; Cuidados personales.

RECEBIDO EM: 26/05/2022 APROVADO EM: 03/06/2022

Wanderson Alves Ribeiro

Enfermeiro. Mestre e Doutorando pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense UFF – Brasil; Pós-Graduado em Enfermagem em Estomaterapia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, RJ – Brasil; Docente do curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Iguazu. Nova Iguazu, RJ – Brasil.

ORCID: 0000-0001-8655-3789

Fátima Helena do Espírito Santo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Associada no Departamento enfermagem medico-cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ – Brasil.
ORCID: 0000-0003-4611-5586

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem; Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - ENF/UERJ. Coordenadora do curso de Pós-Graduado em Enfermagem em Estomaterapia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ.
ORCID: 0000-0002-2936-3468

Hosana Pereira Cirino

Enfermeira. Mestre pelo Programa Acadêmico em Fundamentos Filosóficos, Teóricos e Tecnológicos do Cuidar em Saúde e Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pós-graduada em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e Estomaterapia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
ORCID: 0000-0001-9685-4841

Luiz dos Santos

Enfermeiro. Doutor pelo Programa Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense UFF – Brasil. Professor Adjunto do Departamento Enfermagem Médico-cirúrgico da Universidade Federal Fluminense (UFF). Câmara Técnica/ Idoso; Membro do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino, Tecnologia e Inovação em Saúde (GIPETIS); Docente do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF). Especialista em Enfermagem Gerontológica pela Universidade Federal Fluminense – UFF.
ORCID: 0000-0002-9114-4354

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas.
ORCID: 0000-0002-7641-1004

INTRODUÇÃO

O estoma intestinal consiste em um orifício construído cirurgicamente para permitir a comunicação das vísceras com o meio externo, com o objetivo de desviar o conteúdo intestinal para saída de fezes e flatos. Pode ter caráter permanente ou temporário, de acordo com a doença de base e finalidade. Quando realizada no segmento intestinal grosso recebe a denominação de colostomia e no delgado, ileostomia^(1,2).

Os estomas temporários são criados para a prevenção e proteção do trânsito intestinal, prevenindo-se complicações como a deiscência e infecção nas áreas de anastomose, permitindo que o trânsito intestinal reconstruído seja cicatrizado. Já os estomas de caráter permanente se fazem necessário quando há ressecção total do cólon, reto ou ânus, impossibilitando a reconstrução

do trânsito intestinal, como nos casos de pacientes com neoplasias colorretais^(2,3).

A confecção de um estoma na parede abdominal não é um procedimento isento de riscos, haja vista o seu sucesso estar relacionado diretamente a fatores como a avaliação pré-operatória, a demarcação do local do estoma no abdômen, a técnica cirúrgica empregada e o manuseio adequado dos equipamentos e materiais especiais⁽⁴⁾.

Cuidados inadequados podem provocar complicações imediatas no estoma, ocorrendo nas primeiras vinte e quatro horas, como a necrose, isquemia, edema, hemorragia e sangramento. Tais intercorrências geralmente acontecem entre o primeiro e o sétimo dia no pós-operatório e se apresentam como fistula e abscesso periestomal, retração do estoma e separação cutâneo-mucosa⁽⁴⁾. Já as complicações tardias se referem ao prolapso da alça intesti-

nal, estenose ou retração do estoma e hérnia paraestomal ou paracolostômica, além das dermatites periestomais desencadeadas pelo uso inadequado da bolsa coletora, em razão do corte inadequado do orifício da bolsa ou a má^(5,6).

Há fortes evidências comprovando que a ocorrência de complicações repercute negativamente na vida dos pacientes com estomias, sobretudo, no que se refere ao autocuidado e ao bem-estar^(5,7,8). Estima-se que entre 21% e 70% dos pacientes estomizados apresentam algum tipo de complicação embora, do total destes, haja um percentual significativo que poderia conviver com o estoma sem qualquer intercorrência. Dentre essas complicações estão as relacionadas à pele periestoma⁽⁴⁾.

Assim, os pacientes demandam de atenção especial do enfermeiro, em relação a pele periestomal e a utiliza-

ção adequada do equipamento coletor e adjuvantes, de modo a auxiliá-los na transição inicial para a condição de estomizado, haja vista muitos passarem por um processo de não aceitação da alteração da imagem corporal, apresentando dificuldade aos ajustes impostos pela bolsa coletora, e com isso enfrentando desafios que geram insegurança e medo⁽⁹⁾.

Por essa razão, o enfermeiro acompanha o paciente com estomia, subsidiando-o no autocuidado a partir de orientações direcionadas tanto para o paciente, quanto para os seus familiares, a fim de garantir qualidade de vida e harmonia com a nova condição. Portanto, a execução de medidas terapêuticas a partir de um plano de cuidados que busque inibir o aparecimento de complicações e leve o paciente a buscar sua independência nos cuidados com a estomia, é um dos principais desafios do enfermeiro diante do paciente estomizado. Frente ao exposto, o objetivo deste estudo foi analisar as evidências sobre a assistência de enfermagem para o autocuidado de pacientes com estomias intestinais.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, formatada em seis etapas: 1) formulação da questão de pesquisa; 2) seleção dos critérios de inclusão e exclusão; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão⁽¹⁰⁾.

Utilizou-se a estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente/problema, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho), conforme apresentado no Quadro 1, para a formulação da questão de pesquisa e escolha dos descritores na busca das evidências sobre a temática.

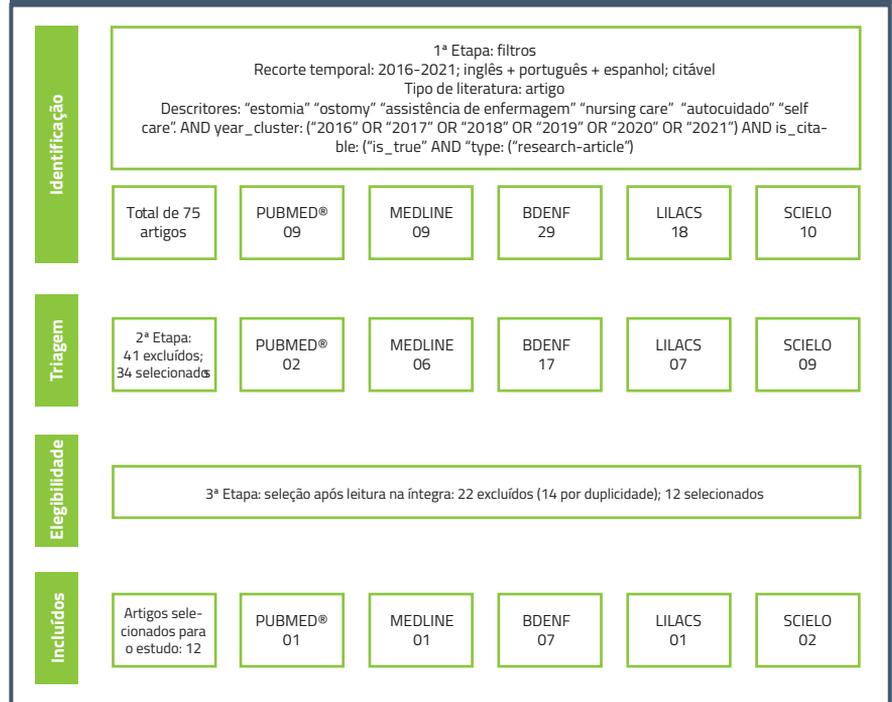
Desta forma, pretende-se responder: quais as evidências científicas, publicadas na literatura nacional e internacional, sobre a assistência de

Quadro 1 – Busca de evidências nas bases de dados por meio da estratégia PICO.

	DeCS/ MeSH
P – Paciente/problema	Estomia/ostomy
I – Intervenção	Assistência de Enfermagem/Nursing Care
CO – Comparação/Desfecho	Autocuidado/Self Care

Fonte: Adaptado de Polit e Beck, 2018(11).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos. (2022)



Fonte: autor.

enfermagem para o autocuidado de pacientes com estomias intestinais?

Na sequência, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Foram incluídos: estudos originais e de revisão redigidos nos idiomas português, inglês e espanhol; indexadas no período de janeiro de 2016 a maio de 2021; artigos disponíveis na íntegra, que permitiram investigar a temática em questão.

Utilizou-se como critérios de exclusão: estudos repetidos em mais de uma fonte de dados, selecionando-se somente em uma; publicados sob o

formato de dissertação, tese, capítulo de livro, livro, editorial, resenha, comentário ou crítica; resumos livres e investigações cujos resultados que não respondem à questão norteadora.

A partir dos critérios de inclusão e exclusão foram realizadas buscas de evidências nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Bases de Dados de Enfermagem (BDEF), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PUBMED®,

por meio da estratégia PICO.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados nas bases de dados com a utilização da estratégia PICO e do operador booleano AND foram os seguintes: estomia and assistência de enfermagem and autocuidado.

Todos os títulos e resumos de trabalhos identificados nas bases, com o uso dos descritores e avaliados como elegíveis foram separados e analisados na íntegra. O detalhamento da seleção dos estudos para a revisão integrativa se encontra representado no Figura 1, elaborado de acordo com as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA)¹². O Nível de Evidência seguiu a classificação proposta por Melnyk e Fineout-Overholt⁽¹³⁾.

RESULTADOS

Foram identificadas 75 publicações, das quais 41 foram excluídas após aplicação dos filtros e dos critérios de inclusão e exclusão, restando 34 artigos. Posteriormente, realizou-se a seleção mediante leitura na íntegra dos artigos considerados potencialmente elegíveis, cujos títulos e resumos informavam evidências sobre a assistência de enfermagem ao paciente estomizado para a promoção do autocuidado, totalizando 12 artigos⁽¹⁴⁻²⁵⁾. Vale destacar que 07 artigos das bases de dados SCIELO e LILACS encontravam-se em duplicidade com os da BDENF e, por isso, foram excluídos (Figura 1).

Os artigos foram publicados, predominantemente, nos anos de 2019 e 2020 com 6 (50%)⁽³⁻⁸⁾ e 3 (25%)⁽⁹⁻¹¹⁾ estudos, respectivamente, sendo a maioria das publicações no idioma português. Dos 12 estudos, 8 (67%)^(2-4, 8-12) foram realizados na América Latina (Brasil). Os periódicos que mais contribuíram foram os da área de enfermagem (58%)^(3-5, 9-12), seguida da área médica (42%) (Quadro 2).

Constatou-se que os 12 estudos ex-

Quadro 2. Características dos artigos selecionados para o estudo.

Ano	Título do estudo	Periódico	Origem do estudo	Autores	Base de dados
2018	A1: Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors	Support Care Cancer	Estados Unidos	Bulkley JE, McMullen CK, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Krouse RS.	PUBMED
2018	A2: Assistência de enfermagem ao paciente estomizado baseado na Teoria de Dorothea Orem	Brazilian Journal Surgery Clinical Research	Brasil	Couto D, Vargas RZ, Silva CF, Castro JM.	SCIELO
2019	A3: Construção de tecnologia educacional para estomizados: enfoque no cuidado da pele periestoma	Rev. Brasileira de Enfermagem	Brasil	Carvalho DS, Silva AGI, Ferreira SRM, Braga LC.	BDENF
2019	A4: O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal	Enfermagem em Foco	Brasil	Farias DLS, Nery RNB, Santana ME.	BDENF
2019	A5: Necessidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações	Revista de Enfermagem Referência	Portugal	Feitosa YS, Sampaio LRL, Moreira DAA, Mendonça FAC, Carvalho TB, Moreira TMM et al.	BDENF
2019	A6: Specializing Nurses as An Indirect Education Program for Stoma Patients	International Journal Environment Research Public Health	Espanha	García-Goñi, M.	MEDLINE
2019	A7: Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients	International Wound Journal	Estados Unidos	Nam KH, Kim KY, Kim JH, Kang K, Na SY, Han BH.	PUBMED

pressaram Nível de Evidência 4 e descreveram resultados que apontam para as orientações a serem transmitidas pelo enfermeiro aos pacientes estomizados para a promoção do autocuidado, de acordo com a Teoria de Orem, especificamente a Teoria do Déficit de Autocuidado (Quadro 3).

DISCUSSÃO

Os estudos analisados indicaram que a confecção da estomia, embora proporcione benefícios, gera alterações significativas na vivência dos pacientes, exigindo, assim, ajustes e desafios ao novo e desconhecido cotidiano. Como consequência, é bastante frequente pelo indivíduo a manifestação de insegurança no convívio social, no retorno às atividades laborais, no ajuste dos hábitos alimentares e no autocuidado, que envolve higienização e o uso do equipamento coletor. Dessa forma, torna-se indispensável o apoio do enfermeiro à pessoa estomizada para facilitar sua readaptação e aceitação do novo modo de vida^(14,25).

Em um estudo constatou-se que 63% dos pacientes estomizados, há mais de cinco anos, relataram enfrentar pelo menos um desafio de autocuidado com estomia. Os desafios mais comuns observados na amostra eram vazamentos ou problemas de pele ao redor da estomia e a necessidade de trocar o sistema de bolsa com muita frequência. Além disso, a maioria dos sobreviventes relatou desafios físicos significativos que podem levar à incapacidade relacionada à estomia⁽¹⁴⁾.

Tem-se, portanto, o reconhecimento da necessidade de adaptação à nova condição de portador de uma estomia intestinal de eliminações involuntárias que resultam em desequilíbrios e agravos à saúde, o indivíduo, segundo a Teoria de Orem, apresenta déficit de autocuidado relacionado à troca, à higienização, ao esvaziamento do equipamento coletor, à higienização da pele periestoma, ao recorte de base,

2019	A8: Autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal	Jornal colo-proctologia	Brasil	Santos RP, Fava SMCL, Dázio EMR.	LILACS
2020	A9: Aplicabilidade da teoria de Orem no autocuidado de pessoa com estomia intestinal: estudo reflexivo	Cultura de los Cuidados	Brasil	Bavaresco M, Manfredini MSG, Santos RP, Resck ZMR, Fava SMCL, Dázio EMR.	BDEF
2020	A10: Perfil de usuários e motivos da consulta de enfermagem em estomate- rapia.	Rev. Enferma- gem UFPE on-line	Brasil	Paczek RS, Engelmann AI, Perini GP, Aguiar GPS, Duarte EM.	BDEF
2020	A11: Validação de material educativo para o cuidado da pessoa com estomia intestinal	Rev. Latino- -Americana de Enferma- gem	Brasil	Sena JF, Silva IP, Lucena SKP, Oliveira ACS, Costa IKF.	BDEF
2021	A12: Autocuida- do da pessoa com estomia intes- tinal: além do pro- cedimental rumo à reabilitação	Revista Brasileira de Enferma- gem	Brasil	Sasaki VDM, Teles AAS, Silva NM, Russo TMS, Pantoni LA, Aguiar JC et al.	SCIELO

Fonte: autor.

Quadro 3. Síntese dos artigos selecionados para o estudo.

Estudo	Desenho do estudo/NE	Objetivo	Resultados e conclusões/ desfecho
A1 ⁽¹⁴⁾	Ensaio clínico (NE4)	Analisar a prevalência de desafios autorrelatados para o autocuidado com estomia e os fatores físicos e ambientais que podem apoiar ou prejudicar o autocuidado com estomia	Os desafios mais comuns eram vazamentos ou problemas de pele ao redor da estomia e a necessidade de trocar o sistema de bolsa com muita frequência; os desafios físicos foram mencionados incapazes, mas vários domínios da vida foram afetados com a estomia
A2 ⁽¹⁵⁾	Estudo clínico descritivo, observacional, do tipo estudo de caso (NE4)	Aplicar a teoria de enfermagem do Autocuidado de Dorothea Orem a fim de proporcionar a melhoria na qualidade de vida a uma paciente Estomizada.	Orientações sobre os cuidados básicos para realização da higiene e troca dos dispositivos intestinais

ao uso de adjuvantes, a remoção e fixação do equipamento coletor que podem provocar complicações tanto na estomia quanto na pele periestomia. Porém, nesta experiência o autocuidado envolve além da dimensão física as dimensões psíquica, social e afetiva do ser humano^(15,22).

O paciente estomizado sente-se estigmatizado, com deficiência física, devido a diminuição da autoestima que leva a tendências ao isolamento social, não só para evitar situações embaraçosas para si próprio referentes ao vazamento de efluentes e gases em locais públicos, mas também para evitar prováveis constrangimentos aos amigos e familiares^(21,24,25).

Logo, o apoio oferecido pelo enfermeiro ao paciente estomizado busca, no seu universo, conhecer e compreender o significado de suas vivências relativas aos aspectos familiares e sociais para oportunizar momentos de manifestação dos seus sentimentos, de forma a estimular a readaptação física e emocional frente à manipulação de fezes diuturnamente. Deve, portanto, contemplar as necessidades individuais e familiares, devido as expectativas relacionadas principalmente ao recebimento de orientações adequadas à realidade, que permitem preparar os sujeitos envolvidos para os desafios e complicações do cotidiano, sendo auxiliados a melhorarem o autocuidado^(18-20,23).

Nesse contexto, acredita-se que o Processo de Enfermagem fundamentado na Teoria de Déficit de Autocuidado de Orem tem o potencial de proporcionar uma assistência mais efetiva, com intervenções direcionadas às reais necessidades da pessoa em sua singularidade, considerando as alterações psicoemocionais, sociais e físicas decorrentes da confecção da estomia que impõe súbita da imagem corporal. Além disso, incluir a pessoa no planejamento do seu cuidado possibilita a adesão ao tratamento e minimiza seus déficits de autocuidado, fortalecendo

A3 ⁽¹⁶⁾	Estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação (NE4)	Descrever a elaboração de uma tecnologia educacional para subsidiar orientações sobre cuidados com a pele periestomal do paciente estomizado	Orientações sobre os cuidados necessários com o estoma e a pele periestomal, troca do dispositivo de coleta
A4 ⁽¹⁷⁾	Estudo descritivo com abordagem qualitativa (NE4)	Conhecer a experiência de um grupo de enfermeiros no processo de educação em saúde como estratégia de ensino do autocuidado a pessoa com estomia intestinal	Orientações sobre a técnica de limpeza e troca do equipamento coletor e outros como sexualidade, nutrição, relacionamento interpessoal, vestuário, aspecto biopsicossocial
A5 ⁽¹⁸⁾	Estudo descritivo, qualitativo (NE4)	Evidenciar as percepções de pessoas com ostomias, acompanhadas num Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Estomizada, sobre fatores associados às complicações em estomias intestinais	Orientações sobre os cuidados com a higiene da estomia e/ou pele periestomia, fatores predisponentes para complicações com estoma, eliminação dos efluentes e os sinais de complicações
A6 ⁽¹⁹⁾	Estudo observacional (NE4)	Avaliar o impacto de ter especialistas enfermeiros para estoma pacientes em hospitais	Orientações sobre os cuidados de higiene com a pele periestoma, esvaziamento e troca do aparelho, seleção de alimentos para controle de gases e odores e suporte psicossocial
A7 ⁽²⁰⁾	Estudo descritivo do tipo survey (NE4)	Testar quais fatores influenciam e auxiliam no ajustamento psicossocial de pacientes com estomia	Apoio psicossocial para os pacientes estomizados se sentirem autoeficientes em sua capacidade de integrar as novas mudanças físicas pós-estomia em seu corpo saudável e manter com competência um bom cuidado de seus estomas a fim de garantir autocuidado e ajuste eficazes e bem-sucedidos
A8 ⁽²¹⁾	Revisão integrativa da literatura (NE4)	Identificar na literatura a produção científica sobre o autocuidado em idosos com estomia por câncer colorretal	Orientações sobre os cuidados com a pele do periestoma, esvaziamento e troca do aparelho, inclusão e evitação de alimentos, controle de gases e odores e a aquisição de suplementos
A9 ⁽²²⁾	Revisão narrativa da literatura (NE4)	Refletir sobre a aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem no cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal	Orientações sobre a troca, higienização, ao esvaziamento do equipamento coletor, higienização da pele periestoma, ao recorte de base, ao uso de adjuvantes, a remoção e fixação do equipamento coletor que podem gerar complicações tanto na estomia quanto na pele periestomia
A10 ⁽²³⁾	Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal (NE4)	Analisar o perfil de usuários e os motivos da consulta de enfermagem em estomaterapia	Orientações sobre os cuidados com a estomia e pele periestomal, troca da bolsa, alimentação, hidratação, retorno às suas atividades para que o paciente tenha autonomia no seu cuidado diário

a sua autonomia^(15,22).

Na Teoria de Orem são propostos três momentos de atuação do enfermeiro: contato inicial com o paciente, que se traduz no encontro onde a vivência do paciente será revelada e as necessidades levantadas; em um segundo momento desenvolve-se um sistema a partir das exigências terapêuticas e dos meios necessários para auxiliar o paciente; e no terceiro momento concretiza-se a preparação do paciente e da família para realizar autocuidado, tornando assim independente⁽¹⁵⁾.

A partir da compreensão das necessidades do paciente estomizado torna-se possível estabelecer um plano de cuidado integral para a manutenção da saúde física e psicológica e da qualidade de vida. Por meio de ações educativas, recomenda-se o oferecimento de orientações coerentes e reais ao paciente e seus familiares, melhorando a compreensão acerca do tema, em relação aos seguintes tópicos:

- Cuidados de higiene da estomia, observação desta e da pele periestoma^(14-16,18-25);

- Recorte da base adesiva de acordo com o diâmetro da estomia e uso de adjuvantes^(21,22);

- Esvaziamento e troca do aparelho: o modo correto e o tempo de esvaziar ou substituir o equipamento coletor^(14-18, 21-25);

- Seleção rigorosa e exclusão dos alimentos e líquidos para controle de odor das fezes, da flatulência, da diarreia e/ou obstrução, visando prevenir circunstâncias desagradáveis relativas à estomia^(17,21);

- Compreensão do funcionamento intestinal⁽²¹⁾.

- Escolha adequada de vestimentas para garantir o bem-estar e conforto^(17,24);

- Como e onde obter os suplementos necessários⁽²¹⁾;

- Elucidar o paciente sobre os fatores associados às complicações em ostomias intestinais⁽¹⁸⁾.

- Oferecimento de materiais edu-

A11 ⁽²⁴⁾	Pesquisa metodológica para construção e validação de cartilha educativa (NE4)	Validar uma cartilha educativa para pessoas com estomia intestinal como recurso tecnológico no ensino do autocuidado	Orientações sobre cuidados com a estomia, troca da bolsa, higiene, vestimenta e quando e onde buscar ajuda profissional
A12 ⁽²⁵⁾	Estudo exploratório qualitativo (NE4)	Interpretar a experiência de autocuidado de pessoas com estomia intestinal cadastradas em um programa de estomizados	Orientações sobre os cuidados de higiene da estomia, observação desta e da pele periestoma, bem como a retirada do equipamento

Fonte: autor.

cativos como cartilhas ou acesso a aplicativos com o objetivo de complementar a educação em saúde^(16,20,21).

- Auxiliar o paciente a perceber as barreiras e identificar possíveis recursos para enfrentá-las, a fim de aumentar o impacto dos programas educativos^(19-21,23);

- Promover o conhecimento e compreensão do paciente sobre os sentimentos que podem surgir no decorrer do processo de adaptação à estomia, como ansiedade, frustração, não aceitação ou adaptação ao autocuidado, devido a uma possível sensação de perda⁽¹⁹⁻²¹⁾;

- Demandas referentes aos relacionamento interpessoal e sexualidade;⁽¹⁷⁾

- Auxiliar o paciente a identificar as complicações que exigem procurar o profissional de saúde para ajudar em algum problema com a estomia^(18,20,21).

Os achados na literatura evidenciam o autocuidado procedimental como o início do processo de reabilitação, mas os desafios, particularmente o estigma social sobre a percepção da deficiência física advinda do estoma, surgem no decorrer da sobrevivência dos pacientes estomizados, que demandam o oferecimento de um sistema de apoio e auxílio dos seus familiares e do suporte profissional especializado, tendo em vista a necessidade de novos arranjos para a manutenção de saúde e prevenção de complicações com o estoma.

CONCLUSÃO

Os resultados dos estudos analisa-

dos evidenciam na experiência do paciente estomizado a dificuldade de cuidar do estoma, que compromete a sua autoimagem, se reflete no retorno ao trabalho e ao convívio social, em virtude do vazamento de fezes que acaba gerando insegurança e desconforto com os dispositivos. Por conta desta realidade, são atribuídas ao enfermeiro, na sua prática assistencial, a transmissão de orientações à pessoa com estomia intestinal, acerca das informações necessárias ao seu autocuidado, a fim de mantê-lo ativo e promover a sua autonomia e independência, com vistas ao desenvolvimento de competências para o seu processo de bem-estar físico e psicossocial. Para tanto, deve fundamentar a sua prática assistencial na Teoria de Dorothea Orem, especificamente a Teoria do Déficit de Autocuidado, comprovadamente viável para a transmissão de conhecimento sobre o cuidado com o estoma, além de facilitar a implantação de estratégias que trabalhem a aceitação do tratamento e viabilizem a prevenção de complicações comuns no local de inserção do estoma.

O paciente com estomia intestinal enquadra-se na categoria autocuidado por desvio a saúde e demanda uma assistência apropriada e tem que se conscientizar dos efeitos e dos resultados de estados patológicos, executar medidas terapêuticas e buscar aceitação de si como estando em um estado especial de saúde e dessa forma promover o seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

- 1 Nascimento MVF, Vera SO, Silva MCR, Morais FF, Andrade EMLR, Bastos SNMAN. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas. *Cienc Enferm* 2018;24:15.
- 2 Diniz IV, Barra IP, Silva MA, Oliveira SHS, Mendonça AEO, Soares MJGO. Perfil epidemiológico de pessoas com estomias intestinais de um centro de referência intestinais de eliminação. *Braz. J. Enterostomal Ther.* 2020;18(1):1-12.
- 3 Amante LN, Girondi JBR, Will MM, Martins EB, Mohr HSS, Santos EB, et al. Simulador de baixa fidelidade para a capacitação no cuidado de estomias intestinais. *Rev Enferm UFPE on line.* 2021;15:245132.
- 4 Cardoso IA, Salomé GM, Miranda FD, Alves JR, Leão JPP, Leão AS, Mendonça ARA. Aplicativo para prevenção e tratamento das complicações da pele periestoma intestinal. *J. Coloproctol.* 2020;40(2):120-8.
- 5 Kimura CA, Guilhem DB, Kamada I, Abreu BS, Fortes RC. Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as an important dimension in quality of life. *J Coloproctol* 2017;37(3):199-204.
- 6 Cerqueira LCN, Cacholi SAB, Nascimento VS, Koeppel GBO, Torres VCP, Oliveira PP. Clinical and sociodemographic characterization of ostomized patients treated at a referral center. *Rev Rene* 2020;21:e42145
- 7 Macêdo LM, Cavalcante VMV, Coelho MMF, Ramos SLTC, Correia DL, Menezes TAC et al. The perception of ostomized patients with colorectal cancer regarding their quality of life. *Rev. Rene.* 2020;21:1-9.
- 8 Marques ADB, Amorim RF, Landim FLP, Moreira TMM, Branco JGO, Morais PB et al. Consciência corpórea de pessoas com estomia intestinal: estudo fenomenológico. *Rev. Brasileira Enfermagem* 2018;71(2):391-97.
- 9 Black P, Nottter J. Psychological issues affecting patients living with a stoma. *Br J Nurs* 2021;30(6):S20-S32.
- 10 Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
- 11 Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2018.
- 12 Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidem Serv Saúde* 2015;24(2):335-42.
- 13 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, editor. *Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24
- 14 Bulkley JE, McMullen CK, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Krouse RS. Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Support Care Cancer* 2018;26(11):3933-9.
- 15 Couto D, Vargas RZ, Silva CF, Castro JM. Assistência de enfermagem ao paciente estomizado baseado na Teoria de Dorothea Orem. *BJSCR* 2018;22(1):55-8.
- 16 Carvalho DS, Silva AGI, Ferreira SRM, Braga LC. Construção de tecnologia educacional para estomizados: enfoque no cuidado da pele periestoma. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(2):427-34.
- 17 Farias DLS, Nery RNB, Santana ME. O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal. *Enferm. Foco* 2019;10(1):35-9.
- 18 Feitosa YS, Sampaio LRL, Moreira DAA, Mendonça FAC, Carvalho TB, Moreira TMM et al. Necessidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações. *Rev. Enf. Ref.* 2019;4(22): 63-71.
- 19 García-Goñi, M. Specializing Nurses as An Indirect Education Program for Stoma Patients. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(13):1-9.
- 20 Nam KH, Kim KY, Kim JH, Kang K, Na SY, Han BH. Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *Int Wound J.* 2019;16(supl. 1):13-20.
- 21 Santos RP, Fava SMCL, Dázio EMR. Autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal. *J. Coloproctol.* 2019;39(3): 265-273.
- 22 Bavaresco M, Manfredini GMSG, Santos RP, Resck ZMR, Fava SMCL, Dázio EMR. Aplicabilidade da teoria de Orem no autocuidado de pessoa com estomia intestinal: estudo reflexivo. *Cultura de los Cuidados* 2020;24(57):307-17.
- 23 Paczek RS, Engelmann AI, Perini GP, Aguiar GPS, Duarte EM. Perfil de usuários e motivos da consulta de enfermagem em estomaterapia. *Rev. Enferm. UFPE on-line* 2020;14:1-7.
- 24 Sena JF, Silva IP, Lucena SKP, Oliveira ACS, Costa IKF. Validação de material educativo para o cuidado da pessoa com estomia intestinal. *Rev. Latino-Am Enferm* 2020;28:1-9.
- 25 Sasaki VDM, Teles AAS, Silva NM, Russo TMS, Pantoni LA, Aguiar JC et al. Autocuidado da pessoa com estomia intestinal: além do procedimental rumo à reabilitação. *Rev. Bras. Enferm.* 2021;74(1):1-8.

Scientific evidence for the self-care of people with intestinal stomas

Evidências científicas para o autocuidado de pessoas com estomias intestinais

Evidencia científica para el autocuidado de personas con ostomas intestinales

RESUMO

Objetivo: analisar as evidências sobre a assistência de enfermagem para o autocuidado de pacientes com estomias intestinais. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa de artigos disponíveis nas bases de dados PUBMED®, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicados entre 2016 a 2021, a partir dos descritores: “estomia” (ostomy) and “assistência de enfermagem” (nursing care) and “autocuidado” (self care), no meses de janeiro e fevereiro de 2022. Resultados: Foram identificados 12 artigos que apresentaram as orientações a serem transmitidas pelo enfermeiro aos pacientes estomizados para a promoção do autocuidado, de acordo com a Teoria de Orem, especificamente a Teoria do Déficit de Autocuidado. Conclusão: O paciente com estomia intestinal enquadra-se na categoria autocuidado por desvio a saúde e demanda uma assistência apropriada e tem que se conscientizar dos efeitos e dos resultados de estados patológicos.

DESCRITORES: Estomia Intestinal; Assistência de Enfermagem; Autocuidado.

ABSTRACT

Objective: to analyze the evidence on nursing care for the self-care of patients with intestinal ostomies. Methodology: This is an integrative review of articles available in the PUBMED® databases, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), International Literature on Health Sciences (MEDLINE), Nursing Databases (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), published between 2016 and 2021, based on the descriptors: “ostomy” (ostomy) and “nursing care” (nursing care) and “self care” (self care), in the months of January and February 2022. Results: Twelve articles were identified that presented the guidelines to be transmitted by nurses to ostomy patients for the promotion of self-care, according to Orem’s Theory, specifically the Self-Care Deficit Theory. Conclusion: The patient with an intestinal ostomy fits into the self-care category due to health deviation and demands appropriate assistance and has to be aware of the effects and results of pathological states.

DESCRIPTORS: Bowel Ostomy; Nursing Assistance; Personal care.

RESUMEN

Objetivo: analizar las evidencias sobre los cuidados de enfermería para el autocuidado de pacientes con ostomías intestinales. Metodología: Se trata de una revisión integradora de artículos disponibles en las bases de datos PUBMED®, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (MEDLINE), Bases de Datos de Enfermería (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO), publicado entre 2016 y 2021, a partir de los descriptores: “ostomía” (ostomía) y “cuidado de enfermería” (cuidado de enfermería) y “self care” (autocuidado), en los meses de enero y febrero de 2022. Resultados: Doce artículos se identificaron que presentaron las orientaciones a ser transmitidas por los enfermeros a los ostomizados para la promoción del autocuidado, según la Teoría de Orem, específicamente la Teoría del Déficit de Autocuidado. Conclusión: El paciente con ostomía intestinal se encuadra en la categoría de autocuidado por desviación de la salud y demanda asistencia adecuada y tiene que ser consciente de los efectos y resultados de los estados patológicos.

DESCRIPTORES: Ostomía Intestinal; Asistencia de Enfermería; Cuidados personales.

RECEBIDO EM: 26/05/2022 APROVADO EM: 03/06/2022

Wanderson Alves Ribeiro

Nurse. Master and Doctoral Student at the Academic Program in Health Care Sciences at the Aurora de Afonso Costa Nursing School of the Fluminense Federal University UFF – Brazil; Postgraduate in Stomatherapy Nursing at the State University of Rio de Janeiro, RJ - Brazil; Professor of the Undergraduate and Postgraduate Nursing Course at the Iguazu University, Nova Iguaçu, RJ – Brazil.

ORCID: 0000-0001-8655-3789

Fátima Helena do Espírito Santo

Nurse. PhD in Nursing; Associate Professor at the Medical-Surgical Nursing Department at the Aurora de Afonso Costa Nursing School of the Fluminense Federal University. Niterói, RJ – Brazil.
ORCID: 0000-0003-4611-5586

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Nurse. PhD in Nursing; Full Professor at the Department of Medical-Surgical Nursing at the Faculty of Nursing at the State University of Rio de Janeiro - ENF/UERJ. Coordinator of the Postgraduate Course in Stomatherapy Nursing at the State University of Rio de Janeiro – UERJ.
ORCID: 0000-0002-2936-3468

Hosana Pereira Cirino

Nurse. Master by the Academic Program in Philosophical, Theoretical and Technological Foundations of Health Care and Nursing at the State University of Rio de Janeiro. Postgraduate in Nursing in an Intensive Care Unit and Stomatology at the University of the State of Rio de Janeiro.
ORCID: 0000-0001-9685-4841

Luiz dos Santos

Nurse. Doctor by the Academic Program in Health Care Sciences at the Aurora de Afonso Costa Nursing School of the Fluminense Federal University UFF – Brazil. Adjunct Professor at the Medical-Surgical Nursing Department at the Fluminense Federal University (UFF). Technical Chamber / Elderly; Member of the Interdisciplinary Group for Research, Teaching, Technology and Innovation in Health (GIPETIS); Professor at the Multiprofessional Residency Program at the Antônio Pedro University Hospital (HUAP/UFF). Specialist in Gerontological Nursing from the Fluminense Federal University – UFF.
ORCID: 0000-0002-9114-4354

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Nurse. Doctor of Science. Adjunct Professor at the Higher School of Health Sciences at the State University of Amazonas.
ORCID: 0000-0002-7641-1004

INTRODUÇÃO

The intestinal stoma consists of a surgically constructed orifice to allow the viscera to communicate with the external environment, with the objective of diverting the intestinal contents to the exit of feces and flatus. It can be permanent or temporary, according to the underlying disease and purpose. When performed in the large intestinal segment, it is called colostomy and in the small intestine, ileostomy.^(1,2)

Temporary stomas are created for the prevention and protection of intestinal transit, preventing complications such as dehiscence and infection in the areas of anastomosis, allowing the reconstructed intestinal transit to heal. Permanent stomas are necessary when there is total resection of the colon, rectum or anus, making it impossible to reconstruct the intestinal

transit, as in the case of patients with colorectal neoplasms.^(2,3)

Making a stoma in the abdominal wall is not a risk-free procedure, given that its success is directly related to factors such as preoperative evaluation, the demarcation of the stoma site in the abdomen, the surgical technique used and the proper handling of special equipment and materials.⁽⁴⁾

Inadequate care can cause immediate complications in the stoma, occurring in the first twenty-four hours, such as necrosis, ischemia, edema, hemorrhage and bleeding. Such interurrences usually occur between the first and seventh postoperative days and present as fistula and peristomal abscess, stoma retraction and cutaneous-mucosal separation.⁽⁴⁾ Late complications refer to intestinal loop prolapse, stenosis or retraction of the stoma, and parastomal or paracolostomic hernia, in addition to peristomal

dermatitis triggered by improper use of the collection bag, due to improperly cutting the orifice of the bag.^(5,6)

There is strong evidence proving that the occurrence of complications has a negative impact on the lives of patients with ostomies, especially with regard to self-care and well-being.^(5,7,8) It is estimated that between 21% and 70% of patients with a stoma have some type of complication, although, of the total of these, there is a significant percentage that could live with the stoma without any complications. Among these complications are those related to the peristomal skin.⁽⁴⁾

Thus, patients demand special attention from nurses, in relation to peristomal skin and the proper use of collecting equipment and adjuvants, in order to help them in the initial transition to the ostomy condition, given that many go through a process of not accepting the change in body

image, presenting difficulties to the adjustments imposed by the collection bag, and thus facing challenges that generate insecurity and fear.⁽⁹⁾

For this reason, the nurse accompanies the patient with an ostomy, supporting him in self-care based on guidelines aimed at both the patient and his family members, in order to guarantee quality of life and harmony with the new condition. Therefore, the implementation of therapeutic measures based on a care plan that seeks to inhibit the appearance of complications and lead the patient to seek independence in ostomy care is one of the main challenges for nurses facing the ostomy patient. In view of the above, the objective of this study was to analyze the evidence on nursing care for the self-care of patients with intestinal stomas.

METHODS

It is an integrative review, formatted in six stages: 1) formulation of the research question; 2) selection of inclusion and exclusion criteria; 3) categorization of studies; 4) evaluation of included studies 5) interpretation of results; and 6) presentation of the review.⁽¹⁰⁾

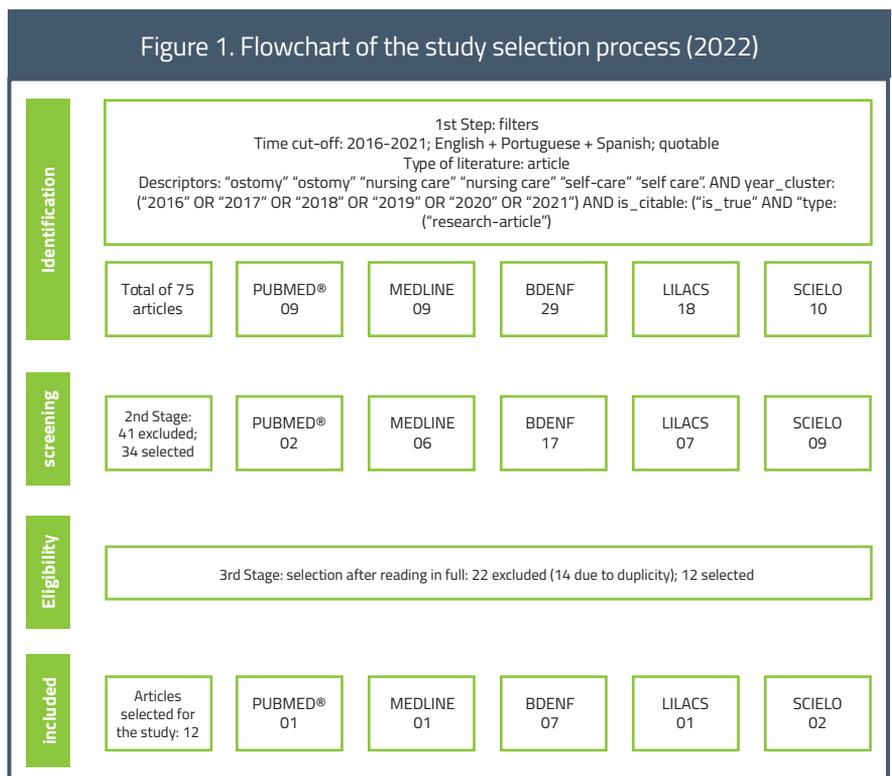
The PICO strategy was used, which is an acronym for Patient/problem, Intervention, Comparison and Outcomes, as shown in Chart 1, for the formulation of the research question and choice of descriptors in the search for evidence on the subject.

In this way, we intend to answer: what is the scientific evidence, published in the national and international literature, on nursing care for the self-care of patients with intestinal stomas?

Subsequently, the inclusion and exclusion criteria of the studies were established. The following were included: original and review studies written in Portuguese, English and Spanish; indexed from January 2016

	DeCS/ MeSH
P – Patient/ problem	Estomia/ Ostomy
I – Intervention	Assistência de Enfermagem/Nursing Care
CO – Comparison/ Outcome	Autocuidado/Self Care

Source: Adapted from Polit and Beck, 2018(11).



to May 2021; articles available in full, which allowed the investigation of the subject in question.

Exclusion criteria were: repeated studies in more than one data source, selecting only one; published in the form of a dissertation, thesis, book chapter, book, editorial, review, comment or critique; free abstracts and investigations whose results do not answer the guiding question.

Based on the inclusion and exclusion criteria, evidence searches were carried out in the following electronic databases: Latin American and Cari-

bbean Literature on Health Sciences (LILACS), International Literature in Health Sciences (MEDLINE), Nursing Databases (BDEFN), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and PUBMED®, through the PICO strategy.

The Descriptors in Health Sciences (DeCS) used in the databases using the PICO strategy and the Boolean AND operator were the following: ostomy and nursing care and self-care.

All titles and abstracts of works identified in the databases, using the descriptors and evaluated as eligible

were separated and analyzed in full. The details of the selection of studies for the integrative review are shown in Figure 1, prepared in accordance with the guidelines of the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA).¹² The Level of Evidence followed the classification proposed by Melnyk and Finneout-Overholt.⁽¹³⁾

RESULTS

A total of 75 publications were identified, of which 41 were excluded after applying the filters and inclusion and exclusion criteria, leaving 34 articles. Subsequently, the selection was carried out by reading in full the articles considered potentially eligible, whose titles and abstracts provided evidence on nursing care for ostomy patients for the promotion of self-care, totaling 12 articles.⁽¹⁴⁻²⁵⁾ It is worth noting that 07 articles from the SCIELO and LILACS databases were duplicated with those from the BDEF and, therefore, were excluded (Figure 1).

The articles were published predominantly in the years 2019 and 2020 with 6 (50%)⁽³⁻⁸⁾ and 3 (25%)⁽⁹⁻¹¹⁾ studies, respectively, with most publications in Portuguese. Of the 12 studies, 8 (67%)^(2-4, 8-12) were carried out in Latin America (Brazil). The journals that contributed the most were those in the nursing area (58%)^(3-5, 9-12), followed by the medical area (42%) (Table 2).

It was found that the 12 studies expressed Evidence Level 4 and described results that point to the guidelines to be transmitted by nurses to ostomized patients for the promotion of self-care, according to Orem's Theory, specifically the Self-Care Deficit Theory (Chart 3).

DISCUSSION

The analyzed studies indicated that

Table 2. Characteristics of the articles selected for the study.

Year	Title of the study	Journal	Country	Authors	Database
2018	A1: Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors	Support Care Cancer	Estados Unidos	Bulkley JE, McMullen CK, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Krouse RS.	PUBMED
2018	A2: Nursing care for the ostomy patient based on Dorothea Orem's Theory <small>(Assistência de enfermagem ao paciente estomizado baseado na Teoria de Dorothea Orem)</small>	Brazilian Journal Surgery Clinical Research	Brasil	Couto D, Vargas RZ, Silva CF, Castro JM.	SCIELO
2019	A3: Construction of educational technology for ostomy patients: focus on peristomal skin care <small>(Construção de tecnologia educacional para estomizados: enfoque no cuidado da pele periestoma)</small>	Rev. Brasileira de Enfermagem	Brasil	Carvalho DS, Silva AGI, Ferreira SRM, Braga LC.	BDEF
2019	A4: The nurse as a health educator of the person with an ostomy with colorectal cancer <small>(O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal)</small>	Enfermagem em Foco	Brasil	Farias DLS, Nery RNB, Santana ME.	BDEF
2019	A5: Real need of the patient: perception of people with intestinal ostomies about the factors associated with complications <small>(Necessidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações)</small>	Revista de Enfermagem Referência	Portugal	Feitosa YS, Sampaio LRL, Moreira DAA, Mendonça FAC, Carvalho TB, Moreira TMM et al.	BDEF
2019	A6: Specializing Nurses as An Indirect Education Program for Stoma Patients	International Journal Environment Research Public Health	Espanha	García-Goñi, M.	MEDLINE

the construction of the ostomy, although it provides benefits, generates significant changes in the patients' experience, thus requiring adjustments and challenges to the new and unknown daily life. As a result, the individual often manifests insecurity in social life, in returning to work activities, in adjusting eating habits and self-care, which involves hygiene and the use of collecting equipment. In this way, the support of the nurse to the person with an ostomy becomes essential to facilitate their readaptation and acceptance of the new way of life. ^(14,25)

In a study, it was found that 63% of ostomy patients, for more than five years, reported facing at least one ostomy self-care challenge. The most common challenges seen in the sample were leakage or skin problems around the ostomy and the need to change the bag system too often. In addition, most survivors reported significant physical challenges that can lead to stoma-related disability. ⁽¹⁴⁾

There is, therefore, the recognition of the need to adapt to the new condition of having an intestinal ostomy of involuntary eliminations that result in imbalances and health problems, the individual, according to Orem's Theory, has a self-care deficit related to changing, cleaning, emptying the collection equipment, cleaning the peristomal skin, the base clipping, the use of adjuvants, the removal and fixation of the collecting equipment that can cause complications both in the ostomy and in the peristomal skin. However, in this experience, self-care involves, in addition to the physical dimension, the psychic, social and affective dimensions of the human being. ^(15,22)

The ostomy patient feels stigmatized, with a physical disability, due to the decrease in self-esteem that leads to tendencies towards social isolation, not only to avoid embarrassing situations for oneself regarding the leakage of effluents and gases in public places,

2019	A7: Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients	International Wound Journal	Estados Unidos	Nam KH, Kim KY, Kim JH, Kang K, Na SY, Han BH.	PUBMED
2019	A8: Self-care of elderly people with colorectal cancer ostomy (Autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal)	Jornal de Coloproctologia	Brasil	Santos RP, Fava SMCL, Dázio EMR.	LILACS
2020	A9: Applicability of Orem's theory in the self-care of people with intestinal ostomy: a reflective study (Aplicabilidade da teoria de Orem no autocuidado da pessoa com estomia intestinal: estudo reflexivo)	Cultura de los Cuidados	Brasil	Bavaresco M, Manfredini MSG, Santos RP, Resck ZMR, Fava SMCL, Dázio EMR.	BDEF
2020	A10: User profile and reasons for nursing consultation in stomatherapy (Perfil de usuários e motivos da consulta de enfermagem em estomaterapia.)	Rev. Enfermagem UFPE on-line	Brasil	Paczek RS, Engelmann AI, Perini GP, Aguiar GPS, Duarte EM.	BDEF
2020	A11: Validation of educational material for the care of people with intestinal ostomy (Validação de material educativo para o cuidado da pessoa com estomia intestinal)	Rev. Latino-Americana de Enfermagem	Brasil	Sena JF, Silva IP, Lucena SKP, Oliveira ACS, Costa IKF.	BDEF
2021	A12: Self-care of the person with intestinal ostomy: beyond the procedural towards rehabilitation (Autocuidado da pessoa com estomia intestinal: além do procedimental rumo à reabilitação)	Revista Brasileira de Enfermagem	Brasil	Sasaki VDM, Teles AAS, Silva NM, Russo TMS, Pantoni LA, Aguiar JC et al.	SCIELO

Source: author.

but also to avoid possible embarrassment to friends and family. ^(21,24,25)

Therefore, the support offered by

nurses to ostomy patients seeks, in their universe, to know and understand the meaning of their experiences

related to family and social aspects, in order to provide moments of manifestation of their feelings, in order to stimulate physical and emotional readaptation in the face of daily handling of feces. It should, therefore, consider individual and family needs, due to expectations related mainly to receiving guidelines appropriate to reality, which allow preparing the subjects involved for the challenges and complications of everyday life, being helped to improve self-care. ^(18-20,23)

In this context, it is believed that the Nursing Process based on Orem's Self-Care Deficit Theory has the potential to provide more effective care, with interventions aimed at the real needs of the person in their singularity, considering the psycho-emotional, social and physical changes resulting from the construction of the ostomy that imposes a sudden on the body image. In addition, including the person in the planning of their care enables adherence to treatment and minimizes their self-care deficits, strengthening their autonomy. ^(15,22)

In Orem's Theory, three moments for the nurse's performance are proposed: initial contact with the patient, which translates into the meeting where the patient's experience will be revealed and the needs raised; secondly, a system is developed based on the therapeutic requirements and the necessary means to help the patient; and in the third moment, the preparation of the patient and the family to perform self-care takes place, thus making them independent. ⁽¹⁵⁾

From the understanding of the needs of the ostomy patient, it becomes possible to establish a comprehensive care plan for the maintenance of physical and psychological health and quality of life. Through educational actions, it is recommended to offer coherent and real guidance to the patient and their families, improving the understanding of the subject, in relation to the following topics:

Table 3. Synthesis of the articles selected for the study.

Study	Study outline/LE	Objective	Results and conclusions/outcome
A1 ⁽¹⁴⁾	Clinical trial (LE4)	To analyze the prevalence of self-reported challenges for ostomy self-care and the physical and environmental factors that can support or impair ostomy self-care.	The most common challenges were leakage or skin problems around the ostomy and the need to change the bag system too often; physical challenges were mentioned as disabling, but several life domains were affected with the ostomy
A2 ⁽¹⁵⁾	Descriptive, observational, case study type clinical study (LE4)	Apply Dorothea Orem's nursing theory of Self-care in order to provide an improvement in the quality of life of an ostomy patient.	Guidelines on basic care for performing hygiene and changing intestinal devices.
A3 ⁽¹⁶⁾	Qualitative, action-research type study (LE4)	To describe the development of an educational technology to support guidelines on care for the peristomal skin of the ostomy patient	Guidance on the necessary care for the stoma and peristomal skin, exchange of the collection device
A4 ⁽¹⁷⁾	Descriptive study with a qualitative approach (LE4)	To know the experience of a group of nurses in the health education process as a teaching strategy of self-care for people with intestinal ostomy.	Guidance on the technique of cleaning and changing the collecting equipment and others such as sexuality, nutrition, interpersonal relationships, clothing, biopsychosocial aspect
A5 ⁽¹⁸⁾	Descriptive, qualitative study (LE4)	To highlight the perceptions of people with ostomies, accompanied by a Health Care Service for the Ostomized Person, about factors associated with complications in intestinal ostomies	Guidance on hygiene care for the ostomy and/or perostomy skin, predisposing factors for complications with the stoma, elimination of effluents and signs of complications
A6 ⁽¹⁹⁾	Observational study (LE4)	Assess the impact of having specialist nurses to stoma patients in hospitals	Guidance on hygiene care for the peristomal skin, emptying and changing the device, selection of food for gas and odor control and psychosocial support
A7 ⁽²⁰⁾	Descriptive survey-type study (LE4)	Test which factors influence and help in the psychosocial adjustment of patients with ostomy	Psychosocial support for ostomy patients to feel self-efficient in their ability to integrate the new post-ostomy physical changes into their healthy body and competently maintain good care of their stoma to ensure effective and successful self-care and adjustment
A8 ⁽²¹⁾	Integrative literature review (LE4)	To identify in the literature the scientific production on self-care in the elderly with colorectal cancer ostomy	Guidelines on peristome skin care, emptying and changing the device, inclusion and avoidance of food, gas and odor control, and the purchase of supplements

— Ostomy hygiene care, observation of the ostomy and the peristomal skin^(14-16,18-25);

— Cutting the adhesive base according to the ostomy diameter and use of adjuvants^(21,22);

— Emptying and replacing the device: the correct way and time to empty or replace the collecting device^(14-18, 21-25);

— Strict selection and exclusion of foods and liquids to control stool odor, flatulence, diarrhea and/or obstruction, in order to prevent unpleasant circumstances related to the ostomy^(17,21);

— Understanding bowel function.⁽²¹⁾

— Appropriate choice of clothing to ensure well-being and comfort^(17,24);

— How and where to get the necessary supplements⁽²¹⁾;

— Educate the patient about the factors associated with complications in intestinal ostomies.⁽¹⁸⁾

— Offering educational materials such as booklets or access to applications with the aim of complementing health education.^(16,20,21)

— Help the patient to perceive barriers and identify possible resources to face them, in order to increase the impact of educational programs^(19-21,23);

— Promote the patient's knowledge and understanding of the feelings that may arise during the ostomy adaptation process, such as anxiety, frustration, non-acceptance or adaptation to self-care, due to a possible feeling of loss⁽¹⁹⁻²¹⁾;

— Demands regarding interpersonal relationships and sexuality;⁽¹⁷⁾

— Help the patient to identify the complications that require looking for the health professional to help with any problem with the ostomy.^(18,20,21)

The findings in the literature show procedural self-care as the beginning of the rehabilitation process, but the challenges, particularly the social stigma about the perception of physical disability arising from the stoma, arise

A9 ⁽²²⁾	Narrative literature review (LE4)	Reflect on the applicability of Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory in nursing care for people with intestinal ostomy	Guidance on changing, cleaning, emptying the collecting equipment, cleaning the peristomal skin, cutting the base, using adjuvants, removing and fixing the collecting equipment that can generate complications both in the ostomy and in the peristomal skin
A10 ⁽²³⁾	Quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study (LE4)	To analyze the profile of users and the reasons for the nursing consultation in stomatherapy	Guidance on care for the ostomy and peristomal skin, bag exchange, food, hydration, return to their activities so that the patient has autonomy in their daily care
A11 ⁽²⁴⁾	Methodological research for the construction and validation of an educational booklet (LE4)	Validate an educational booklet for people with intestinal ostomy as a technological resource in teaching self-care	Guidance on ostomy care, bag change, hygiene, clothing and when and where to seek professional help
A12 ⁽²⁵⁾	Qualitative exploratory study (LE4)	Interpret the self-care experience of people with intestinal ostomy enrolled in a ostomy program	Guidelines on ostomy hygiene care, observation of the ostomy and the peristomal skin, as well as removal of the equipment

Source: author.⁽¹⁸⁾

during the survival of ostomized patients, that demand the provision of a support system and assistance for their families and specialized professional support, in view of the need for new rearrangements to maintain health and prevent complications with the stoma.

CONCLUSION

The results of the analyzed studies show, in the experience of the ostomy patient, the difficulty of taking care of the stoma, which compromises their self-image, is reflected in the return to work and social life, due to the leakage of feces that ends up generating insecurity and discomfort with the devices.

Because of this reality, nurses are assigned, in their care practice, to the transmission of guidelines to the person with an intestinal ostomy, about the necessary information for their

self-care, in order to keep them active and promote their autonomy and independence, with a view to developing skills for their physical and psychosocial well-being process. Therefore, it must base its care practice on Dorothea Orem's Theory, specifically the Self-Care Deficit Theory, demonstrably viable for the transmission of knowledge about stoma care, in addition to facilitating the implementation of strategies that work with the acceptance of treatment and enable the prevention of common complications at the stoma insertion site.

The patient with an intestinal ostomy falls into the self-care category due to health deviation and demands appropriate assistance and has to be aware of the effects and results of pathological states, perform therapeutic measures and seek acceptance of themselves as being in a special state of health and thus promote their development.

REFERENCES

- 1 Nascimento MVF, Vera SO, Silva MCR, Morais FF, Andrade EMLR, Bastos SNMAN. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em pós-operatório de confecção de estomas. *Cienc Enferm* 2018;24:15.
- 2 Diniz IV, Barra IP, Silva MA, Oliveira SHS, Mendonça AEO, Soares MJGO. Perfil epidemiológico de pessoas com estomias intestinais de um centro de referência intestinais de eliminação. *Braz. J. Enterostomal Ther.* 2020;18(1):1-12.
- 3 Amante LN, Girondi JBR, Will MM, Martins EB, Mohr HSS, Santos EB, et al. Simulador de baixa fidelidade para a capacitação no cuidado de estomias intestinais. *Rev Enferm UFPE on line.* 2021;15:245132.
- 4 Cardoso IA, Salomé GM, Miranda FD, Alves JR, Leão JPP, Leão AS, Mendonça ARA. Aplicativo para prevenção e tratamento das complicações da pele periestoma intestinal. *J. Coloproctol.* 2020;40(2):120-8.
- 5 Kimura CA, Guilhem DB, Kamada I, Abreu BS, Fortes RC. Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as an important dimension in quality of life. *J Coloproctol* 2017;37(3):199-204.
- 6 Cerqueira LCN, Cacholi SAB, Nascimento VS, Koeppel GBO, Torres VCP, Oliveira PP. Clinical and sociodemographic characterization of ostomized patients treated at a referral center. *Rev Rene* 2020;21:e42145
- 7 Macêdo LM, Cavalcante VMV, Coelho MMF, Ramos SLTC, Correia DL, Menezes TAC et al. The perception of ostomized patients with colorectal cancer regarding their quality of life. *Rev. Rene.* 2020;21:1-9.
- 8 Marques ADB, Amorim RF, Landim FLP, Moreira TMM, Branco JGO, Morais PB et al. Consciência corpórea de pessoas com estomia intestinal: estudo fenomenológico. *Rev. Brasileira Enfermagem* 2018;71(2):391-97.
- 9 Black P, Notter J. Psychological issues affecting patients living with a stoma. *Br J Nurs* 2021;30(6):S20-S32.
- 10 Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
- 11 Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2018.
- 12 Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidem Serv Saúde* 2015;24(2):335-42.
- 13 Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, editor. *Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24
- 14 Bulkley JE, McMullen CK, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Krouse RS. Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Support Care Cancer* 2018;26(11):3933-9.
- 15 Couto D, Vargas RZ, Silva CF, Castro JM. Assistência de enfermagem ao paciente estomizado baseado na Teoria de Dorothea Orem. *BJSCR* 2018;22(1):55-8.
- 16 Carvalho DS, Silva AGI, Ferreira SRM, Braga LC. Construção de tecnologia educacional para estomizados: enfoque no cuidado da pele periestoma. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(2):427-34.
- 17 Farias DLS, Nery RNB, Santana ME. O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal. *Enferm. Foco* 2019;10(1):35-9.
- 18 Feitosa YS, Sampaio LRL, Moreira DAA, Mendonça FAC, Carvalho TB, Moreira TMM et al. Necessidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações. *Rev. Enf. Ref.* 2019;4(22): 63-71.
- 19 García-Goñi, M. Specializing Nurses as An Indirect Education Program for Stoma Patients. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(13):1-9.
- 20 Nam KH, Kim KY, Kim JH, Kang K, Na SY, Han BH. Effects of social support and self-efficacy on the psychosocial adjustment of Korean ostomy patients. *Int Wound J.* 2019;16(supl. 1):13-20.
- 21 Santos RP, Fava SMCL, Dázio EMR. Autocuidado de pessoas idosas com estomia por câncer colorretal. *J. Coloproctol.* 2019;39(3): 265-273.
- 22 Bavaresco M, Manfredini GMSG, Santos RP, Resck ZMR, Fava SMCL, Dázio EMR. Aplicabilidade da teoria de Orem no autocuidado de pessoa com estomia intestinal: estudo reflexivo. *Cultura de los Cuidados* 2020;24(57):307-17.
- 23 Paczek RS, Engelmann AI, Perini GP, Aguiar GPS, Duarte EM. Perfil de usuários e motivos da consulta de enfermagem em estomaterapia. *Rev. Enferm. UFPE on-line* 2020;14:1-7.
- 24 Sena JF, Silva IP, Lucena SKP, Oliveira ACS, Costa IKF. Validação de material educativo para o cuidado da pessoa com estomia intestinal. *Rev. Latino-Am Enferm* 2020;28:1-9.
- 25 Sasaki VDM, Teles AAS, Silva NM, Russo TMS, Pantoni LA, Aguiar JC et al. Autocuidado da pessoa com estomia intestinal: além do procedimental rumo à reabilitação. *Rev. Bras. Enferm.* 2021;74(1):1-8.

A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica no Brasil: Revisão integrativa da literatura

The systematization of nursing assistance in primary care in Brazil: Integrative literature review

La sistematización de la asistencia de enfermería en la atención primaria en Brasil: Revisión integrativa de la literatura

RESUMO

Objetivo: Identificar aspectos abordados na Literatura Científica da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Método:** revisão integrativa da literatura nas Bases de Dados Lilacs, Scielo e Bireme pelos Descritores Sistematização da Assistência de Enfermagem, Atenção Básica, Atenção Primária em Saúde, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Estratégia de Saúde da Família e Processo de Enfermagem. **Resultados:** dos 51 estudos incluídos 24(47%) não mencionaram métodos para realizar a SAE e 12(23%) citaram CIPE; das Etapas mais citadas 26(51%) Diagnósticos e Implementação de Enfermagem, e os Ciclo de Vida mais mencionados foram Usuários em Geral 11(23%) e Criança 8(17%). **Conclusão:** a Sistematização subsidia a prática clínica do enfermeiro fortalecendo sua autonomia, vínculo, resolutividade oferecendo melhorias à saúde da população; entretanto os estudos ainda são poucos e há fragilidades na implantação e adaptação destes instrumentos. Sugere-se constante Educação Permanente e apoio da Gerência Local para ofertar maior qualidade à saúde da população.

DESCRITORES: Processo de Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária; Enfermeiras de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To identify aspects approached in Scientific Literature on Nursing Assistance in Primary Health Care in Brazil. **Method:** integrative literature review from Lilacs, Scielo and Biremes databases through descriptors Systematization of Nursing Assistance, Primary Care, Primary Health Care, Public Health, Collective Health, Family Health Strategy and Nursing Process. **Results:** among the 51 included studies 24 (47%) did not mention methods to accomplish SAE and 12 (23%) cited CIPE; among the most cited stages 26 (51%) were Diagnoses and Nursing Implementation, whereas the most mentioned Cycles of Life were Users in general 11 (23%) and Child 8 (17%). **Conclusion:** the Systematization subsidizes the nurse's clinical practice, what strengthens their autonomy, bond and resolution, offering improvements to the population health; meantime, studies are still scarce and there are some weaknesses in these instruments implementation and adaptation. It is suggested constant Continuing Education and Local Management support in order to offer better quality to the population health.

DESCRIPTORS: Nursing Process; Family Health Strategy; Primary Health Care; Primary Care Nursing; Family Nurse Practitioners.

RESUMEN

Objetivo: Identificar aspectos abordados en la Literatura Científica acerca de los Cuidados de Enfermería en la Atención Primaria de Salud en Brasil. **Método:** Revisión Integrativa de la Literatura en las bases de datos Lilacs, Scielo y Bireme a través de los descriptores Sistematización de Atención de Enfermería, Atención Primaria de Salud, Salud Pública, Salud Colectiva, Estrategia de Salud de la Familia y Proceso de Enfermería. **Resultados:** de los 51 estudios incluidos 24(47%) no mencionaron métodos para realizar la SAE y 12(23%) citaron la CIPE; las etapas más citadas fueron 26(51%) Diagnósticos e Implementación de Enfermería, mientras que los Ciclos de Vida más citados fueron Usuarios en General 11(23%) y Niños 8(17%). **Conclusión:** La sistematización subsidia la práctica clínica de los enfermeros, fortaleciendo su autonomía, vínculo y resolución, ofreciendo mejoras a la salud de la población; sin embargo, los estudios son aún escasos y hay debilidades en la implementación y adaptación de estos instrumentos. Se sugiere la Educación Continua constante y el apoyo de la Gerencia Local para ofertar una mejor calidad a la salud de la población.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria; Enfermeras de Familia.

RECEBIDO EM: 26/05/2022 APROVADO EM: 03/06/2022

Aline Biondo Alcantara

Enfermeira, aluna do Curso de Especialização em Atenção Básica com ênfase na Saúde da Família e no Gerenciamento em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

ORCID: 0000-0003-4342-7912

Maria de Lourdes Sperli Gerales Santos

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente e Orientadora da Graduação e Especialização da FAMERP.
ORCID: 0000-0001-6110-619X

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico utilizado para planejar, executar e avaliar o cuidado do enfermeiro⁽¹⁾, atividade privativa, que utiliza método e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde/doença, para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade⁽²⁾.

A SAE implica em um conjunto de ações, para alcance de um determinado fim através de planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e o processo de enfermagem, cujo qual representa um método científico que envolve uma sequência de etapas específicas como Coleta de Dados, Diagnóstico, Planejamento, Implementação de Cuidados de Enfermagem e Avaliação dos resultados obtidos^(2,3) e ao ser realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, correspondendo como Consulta de Enfermagem⁽⁴⁾ amparada em âmbito nacional pela Lei Nº 7.498 e pelo Decreto Nº 94.406/87 artigo 11º, onde ocorre a escuta qualificada das necessidades de saúde.

Assim sendo, este estudo foi construído a partir da Estratégia PICO⁽⁵⁾, através da questão norteadora: o que existe de conhecimento científico sobre a Assistência de Enfermagem na Prática do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde?

Neste contexto, este estudo tem o objetivo de identificar quais aspectos estão sendo abordados na Literatura Científica relacionado a Assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

METODO

Trata-se de uma revisão integrativa da

literatura⁽⁶⁾ para melhor condução do roteiro da revisão com a finalidade de buscar descobertas e analisá-las estatisticamente⁽⁷⁾.

Para o levantamento Bibliográfico utilizou-se as Bases de Dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), dos últimos dez anos, a partir da combinação dos seguintes Descritores em saúde (DESC) indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) conforme Quadro 1 abaixo:

Foram elencados os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos originais publicados na íntegra no período de janeiro de 2011 a junho de 2021, idioma português, inglês e espanhol, e aqueles que não se enquadravam nos objetivos propostos

de identificar quais aspectos estão sendo abordados na Literatura Científica relacionado a Assistência de Enfermagem na APS.

Os dados extraídos dos artigos selecionados, foram organizados e tabulados no programa Microsoft Excel 2021 (16.0).

RESULTADOS

Foram identificados 51 artigos. Os resultados foram descritos em Tabelas, a Tabela 1 identifica os Métodos de Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) na Atenção Básica (AB); a Tabela 2 descreve quais as Fases ou Etapas da SAE foram mencionadas e a Tabela 3 identifica quais Ciclos de Vida foram citados.

Quadro 1: Combinação de Descritores DESC em Saúde

DESC	Combinador Booleano	DESC
1. Sistematização da Assistência de Enfermagem	and	2. Atenção Básica
1. Sistematização da Assistência de Enfermagem	and	3. Atenção Primária em Saúde
1. Sistematização da Assistência de Enfermagem	and	4. Saúde Pública
1. Sistematização da Assistência de Enfermagem	and	5. Saúde Coletiva
1. Sistematização da Assistência de Enfermagem	and	6. Estratégia de Saúde da Família
7. Processo de Enfermagem	and	2. Atenção Básica
7. Processo de Enfermagem	and	3. Atenção Primária em Saúde
7. Processo de Enfermagem	and	4. Saúde Pública
7. Processo de Enfermagem	and	5. Saúde Coletiva
7. Processo de Enfermagem	and	6. Estratégia de Saúde da Família

FONTE: Elaborada pelos próprios autores, 2021.

DISCUSSÃO

As produções selecionadas dos resultados obtidos foram sintetizadas e categorizadas sobre o que cada autor menciona de acordo com o principal objetivo deste trabalho quanto a quais aspectos estão sendo abordados na Literatura Científica relacionado a Assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Na Tabela 1 após a categorização quanto a Distribuição das Produções segundo Método utilizado para a SAE na Atenção Básica a Saúde relacionada as 51 produções observou-se que 24(47%) destes estudos não mencionaram qual foi o Método Utilizado na SAE; dentre os métodos mais utilizados e mencionados temos 12(23%) deles descreveram o uso da CIPE como Método utilizado; 5 CIPESC e que 5(10%) destas produções utilizaram CIPESC e Wanda de Aguiar Horta, indagamos estas fragilidades^(8,9) ao identificar que a média das produções ainda não se apropriam dos métodos de sistematização de assistência de enfermagem, seria por motivos de instrumentalização destes profissionais que atuam nos serviços em relação a formação, ou ao tempo precário para assistência e alta demanda nos serviços de saúde primária que ocupam toda a extensão de uma assistência ampla, como também temos em alguns estudos^(8,9,10,11,12,13,14,15,16) dos quais descrevem que embora os enfermeiros compreendam a importância da Sistematização, em meio a vários obstáculos, não a desenvolvem, mas sugerem meios que viabilizem a assistência científica, diferenciada, dinâmica e facilitadora; evidenciando principais desafios para sua efetivação relacionados ao seu processo de trabalho como a sobrecarga, acúmulo de funções administrativas e assistenciais, falta de tempo, déficit de recursos humanos e materiais, grande demanda de usuários nos serviços de saúde, falta de capacitação, ausência de protocolos e falhas no processo de referência e contrarreferências, como também questões culturais ou de comunicação interpessoal, além da repetição contínua de interrupções nas consultas fragmentando-

TABELA 1. Distribuição das produções segundo método utilizado para a SAE na atenção básica a saúde. 2021

Métodos utilizados para a SAE na atenção básica a saúde		
Métodos	n	%
CIPE	12	23
CIPESC	5	10
Wanda de Aguiar Horta	5	10
Ações Sistematizadas (SAE) e Inter-relacionadas	4	8
Abordagem Assistemática	1	2
Não Mencionou Método	24	47

FONTE: Elaborada pelos próprios autores, 2021.

TABELA 2. Etapas ou fases da sae identificadas, conforme COREN. 2021

Fases ou etapas da SAE identificadas conforme COREN		
Fases	n	%
Coleta de Dados ou Investigação	18	35
Diagnósticos de Enfermagem	26	51
Planejamento de Enfermagem	9	18
Implementação de Enfermagem	26	51
Avaliação de Enfermagem	7	14

FONTE: Elaborada pelos próprios autores, 2021.

TABELA 3. Produções quanto ao processo de enfermagem aos ciclos de vida. 2021

Pe ciclos de vida		
Ciclos	n	%
Usuários em Geral AB	11	23
Criança	8	17
Grupos Específicos	7	14
Gestantes	5	10
DM	4	8
HAS	4	8
Idoso	3	6
Puérpera	3	6
Paciente com Pé Diabético	2	4
Mulher	2	4

FONTE: Elaborada pelos próprios autores, 2021.

-a; o que requer sugestão de uma reorganização do processo de trabalho de modo que o enfermeiro permita o protagonismo

do usuário; bem como a necessidade do empoderamento quanto à sua identidade e prática profissional.

Vários estudos dos quais não mencionaram o método utilizado^(7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21) citaram algumas etapas da SAE reforçando o quanto a Consulta de Enfermagem interfere na detecção precoce dos sinais e sintomas de doenças como as prevalentes na infância ao desenvolver a primeira etapa da SAE, bem como é possível identificar aplicar Plano de Cuidados a partir dos diagnósticos de enfermagem levantados para intervir rapidamente até mesmo em doentes crônicos como Diabéticos, Hipertensos, pacientes com Carcinoma Espinocelular; além de descreverem sobre a implantação da SAE a qual deve ser fundamental sua incorporação na prática, além de proporcionar autonomia, liderança, gestão do cuidado, interação com a comunidade, subsidia as ações de promoção à saúde e prevenção dos agravos e serviços de saúde ao profissional Enfermeiro; destaca-se também a CE como importante ferramenta de educação em saúde, a qual favorece o vínculo profissional, possibilita o desenvolvimento da autonomia e independência profissional.

Seguidamente temos em 12 Pesquisas Referencias Baseadas na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®), através destes estudos^(22,23,24,25,26,27,28,29,30,31) foram revelado a importância da CE para o desenvolvimento da prática clínica pautada no princípio da integralidade e das práticas baseadas em evidências, por meio de protocolos clínicos e aplicação da CIPE®, dos quais ampliam a autonomia e resolutividade do enfermeiro em sua prática profissional, dando maior visibilidade ao seu trabalho, oportunizando ao enfermeiro constante aperfeiçoamento técnico-científico, conferindo arcabouço necessário à sua atuação na APS e contribuindo para maior efetividade das ações desenvolvidas, favorecendo o desenvolvimento do raciocínio clínico pelo enfermeiro que atua na APS e auxiliando na tomada de decisão e norteando sua prática de enfermagem, com o objetivo de qualificar e individualizar a assistência prestada ao usuários crônicos, bem como da possibilidade de uma linguagem específica como a CIPE® para padronizá-la e

unificá-la, revelando-se como melhorias na prática clínica permitindo refletir as reais demandas que a população poderá apresentar durante seu acompanhamento, além de propiciar planejamento do cuidado nas diversas áreas do cuidado, utilização deste instrumento como um Guia para a prática clínica, um subsídio para o planejamento das ações intervencionistas diante das demandas, recurso indispensável para a prática profissional, ainda é um processo a ser reorganizado que permite a identificação das necessidades de saúde, que traz a possibilidade de dialogo no âmbito internacional, ainda que os contextos culturais, sociais e de saúde sejam distintos.

Entretanto em outras pesquisas⁽³²⁾ identificaram que a terminologia CIPE ainda é pouco utilizada pelos enfermeiros assistenciais o que dificultou a compilação dos mesmos DE/resultados e intervenções, mas afirmaram que contribuiu na operacionalização do PE no contexto da AB, recomendando à inclusão da taxonomia como ferramenta de cuidado e gestão, como também da dificuldade dos na realização dos registros de acordo com a CIPE®.

Na sequência, 5 produções utilizaram como Referencial a Classificação Internacional das Práticas de enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC, um estudo^(33,34,35,36,37) identificou que A SAE articulada a CIPESC constitui uma ferramenta de grande valia para o profissional enfermeiro, já que reforça a sua autonomia, a Enfermagem como Ciência e, acima de tudo, permite a consolidação de ações resolutivas; como também promissora para melhorar e avançar o conhecimento teórico-prático, apoio oportuno à tomada de decisões e do fortalecimento da SAE à APS; focaliza o autocuidado para a prevenção de agravos e aponta o potencial da ação do Enfermeiro na detecção de fatores associados a condições crônicas, como o DM na APS; a viabilização deste instrumento, inovador em Saúde Coletiva, importante para pesquisa e ensino revelando potencialidades como os diagnósticos e intervenções de Enfermagem; entretanto indicou deficiência da formação dos profissionais na perspectiva da SAE na APS bem como salienta que

universalizar essa linguagem ainda é incipiente na Atenção Primária à Saúde (APS) e que as nomenclaturas pesquisadas são voltadas para indivíduos/família/comunidade e focam em “problemas” ou “necessidades” não tendo comunicação com outras categorias profissionais.

Na mesma proporção temos também 5 produções baseadas no Referencial da Teoria de Wanda Horta^(38,39,40,41,42) precursora do processo de enfermagem no Brasil, cujo referencial utilizado foi o das Necessidades Humanas Básicas de Horta dos quais identificam que o instrumento construído e validado qualifica, orienta e traz cientificidade ao registro do Histórico de Enfermagem, cujo qual pode sustentar o registro das demais etapas do Processo de Enfermagem, bem como caracterizam como oportunidade para conhecimento dos usuários e de suas famílias na sua integralidade oportunizando a ampliação das discussões e do escopo da enfermagem, por meio de uma prática sistematizada e estruturada cientificamente, como por Wanda Horta, apontando a Consulta de Enfermagem como um elemento essencial para a melhoria da qualidade do cuidado, tornando-o mais humanizado além de possibilitar mais autonomia e independência na sua atuação junto ao paciente em todo o Brasil.

Quanto as Ações Sistematizadas e Inter Relacionadas^(43,44,45,46) temos 4 estudos dos quais mencionam que a sistematização é imprescindível, identificam os benefícios da SAE mas que ainda apresentam dificuldades para aplicá-la constatou-se que a CE não está institucionalizada como uma prática de rotina nas unidades investigadas e que ainda é realizada de acordo com o modelo biomédico, sendo incipiente, fazendo-se necessário um processo de educação permanente dos enfermeiros envolvidos no atendimento, como a falta de estrutura institucional destacando-se a falta de capacitação por parte da Instituição, que têm entendimento razoável sobre o tema e que a formação não prepara para sua realização na APS.

E finalizando a Categoria Métodos Utilizados na SAE, somente 1 artigo referiu Abordagem Assistemática⁽⁴⁷⁾ ao mencionar

que a assistência dos enfermeiros ao usuário tabagista é realizada de modo individual e assistemático e em grupos operativos seguindo os princípios da terapia cognitivo-comportamental, sendo complexo devido as questões relativas próprias apontou a necessidade do enfermeiro apropriar-se da SAE articulada às recomendações das Políticas voltadas para o controle do tabagismo, com vistas a cumprir seu papel na promoção, controle e diminuição dos agravos à saúde dos usuários tabagistas.

De acordo com a Tabela 2 relacionada as Fases ou as Etapas da SAE, conforme Coren(48) sendo Coleta de Dados ou Investigação; Diagnósticos, Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem as Etapas mais identificadas nas 51 produções incluídas nestes estudos foram os Diagnósticos

(19,20,21,24,25,28,22,29,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,43,45,46,47,48,50,51,52), e Implementação

(10,17,18,19,20,21,14,15,19,21,34,37,38,39,40,41,43,44,46,47,49,50,51,52,53,54) de Enfermagem com 26(51%) produções cada; 18(35%) citaram Coleta de Dados; 9(18%) descreveram o Planejamento de Enfermagem; e 7(14%)

Diante deste levantamento pode-se afirmar que os Enfermeiros têm cada vez mais indicado Diagnósticos de Enfermagem e Implementado em sua prática, esta cuja qual é específica e inerente as suas atribuições na Enfermagem e na Atenção Básica; entretanto ainda em relação a Coleta de Dados (Anamnese e Exame Físico) em um menor percentual de 35% revelou que esta Etapa ainda tem muito a ser explorada por tais profissionais, prática esta que envolve conhecimento, habilidades práticas em Fisiologia, Anatomia, Semiologia, dos quais podem ser ofertados também como capacitação em Educação continuada pelos Serviços para uma Prática de mais qualidade aos usuários.

Ainda em uma proporção menor 14% e não menos relevante a Etapa Planejamento de Enfermagem requer momento de planejar as ações além de registrar esta etapa, das quais são realizadas na prática, entretanto seu registro fica subentendido, os profissionais enfermeiros realizam as ações

A SAE implica em um conjunto de ações, para alcance de um determinado fim através de planos de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e o processo de enfermagem, cujo qual representa um método científico que envolve uma sequencia de etapas específicas como Coleta de Dados, Diagnóstico, Planejamento, Implementação de Cuidados de Enfermagem e Avaliação dos resultados obtidos

planejadas, mesmo que não mencionem esta etapa de planejar, somente operacionalizam com poucos registros em alguns estudos revelam pelo tempo durante o trabalho, devido a grandes demandas. E por fim também com bem menor proporção 14% ainda temos a última Etapa da SAE a de Avaliar as Ações de Enfermagem, como em muitos estudos mostram os profissionais realizam a todo momento, entretanto estes registros também ficam subentendidos.

A Tabela 3 identifica os Ciclos de Vida mencionados no PE da AB, sendo que foram mais citados em 11 (23%) Usuários em Geral, ou seja, a Atenção Básica caracterizada como Porta Aberta recebe todos os usuários de forma geral como demanda espontânea nas Unidades, isto é seu principal papel atribuído; em 8 (17%) citaram Criança, considerando as ações em prol da Saúde da Criança tanto de promoção quanto de prevenção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento além de tantas outras, vimos que tem-se uma procura nos serviços de AB em levar estas crianças entretanto ainda em um número reduzido; em 7 (14%) destes estudos se referiram a Grupos Específicos como o Portador de Feridas⁽¹⁾, Queimado⁽¹⁾, com Tuberculose⁽¹⁾, Com Meningite Meningocócica⁽¹⁾, Com Carcinoma Espinocelular⁽¹⁾, Produtor de Tabaco-Fumicultor⁽¹⁾ e Acamado⁽¹⁾, considerando que a AB é caracterizada como Porta de Entrada para toda a população onde os serviços podem e devem permear-se também fora das unidades como no domicílio observa-se ainda um número mínimo de procura por grupos específicos podemos entender como pouca demanda destes grupos, ou até mesmo desconhecimento por parte deles o que é de fundamental importância considerar que estes serviços devam ser divulgados pela gestão local regional à toda população.

Com um número e percentual menores de grupos por ciclos de vida levantados nas produções identificou-se nestes estudos 5(10%) Gestante, um dos maiores públicos recebidos nos serviços de Atenção Básica considerando todo o contexto de acompanhamento de vida no ciclo gravídico-puerperal, além de ações em prol da

saúde da mulher; 4(8%) Pacientes com Diabetes e Hipertensão, ambos pertencentes ao Hol de Doenças Crônicas Não Transmissíveis de maior frequência nos serviços de Atenção Básica; 3(6%) Idosos e Puérperas, um público também frequentado nas Unidades Básicas de Saúde, e 2(4%) Mulher e Paciente com Pé Diabético. Observa-se também que embora existam poucos registros da SAE conforme estabelecido pelo Coren⁽⁵⁵⁻⁵⁹⁾ a estes grupos de Ciclos de Vida interroga-se se estes poucos registros de assistência de enfermagem são referentes à pouca procura pelos serviços, se estes grupos não utilizam mesmo os serviços públicos de saúde por usarem outros convênios de saúde ou se há desconhecimento dos serviços públicos de saúde por parte deles ou até mesmo fragilidades dos registros integrais da assistência de enfermagem a estes ciclos na APS.

CONCLUSÃO

Ao analisar os resultados obtidos deste levantamento bibliográfico, observou-se que no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil os estudos relacionados com a sistematização da assistência de enfermagem ainda são poucos, e que a sistematização de assistência realizada por enfermeiros no Brasil, embora seja prática antiga, ainda existem dificuldades na implantação e adaptação dos instrumentos na APS.

A CIPE, bem como a CIPESC e Modelos de Wanda Horta são referenciais, instrumentos que favorecem o trabalho destes profissionais. Considera-se que os Ciclos de Vida identificado através dos registros na SAE em sua maioria estão descritos como usuários em geral da AB afirmando uma das características principais da Aten-

ção Básica que é a porta de entrada para demanda a todo ciclo de vida e em menores números de registros de Criança, Gestante, Doente Crônico, Puérpera e Mulher dos quais ainda que em menor número de registros de SAE são os Grupos que mais procuram os serviços públicos de saúde e recebem assistência nas Consultas de Enfermagem de forma Sistematizadas.

É relevante a sugestão de se aprofundar nos estudos pertinentes a este assunto, bem como ampliação nas Unidades de Formação como também receber apoio da Gerencia Local, Capacitação, abordagem desta temática em Educação Continuada e Permanente para desenvolver ações, ou implantar instrumentos que favoreçam apoio aos enfermeiros de atenção básica para sua assistência em todos os ciclos de vida proporcionando um atendimento de enfermagem mais qualificado e efetivo.

REFERÊNCIAS

- 1.SANTOS LP et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso na Atenção Primária An Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém, 2013 Maio; 12:975. (SILVA, JCBS et al. Aplicação da sistematização da Assistência de Enfermagem em Gestantes atendidas no Pré Natal. Rev Ciência Plural. 2019; 5(3): 89-102.)
- 2.COFEN, Resolução nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE– nas Instituições de Saúde Brasileiras, 2002.
- 3.TANNURE MC, GONÇALVES AMP. SAE Sistematização da assistência de enfermagem Guia Prático. Editora Guanabara Koogan S. A. 2008. (AMARAL IBST, SILVA ALA. A Consulta do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: um recorte do Rio de Janeiro. Ver Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental. 2021; jan/dez; 13:227-233.)
- 4.CARVALHO EC, BACHION MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem — intenção de uso por profissionais de enfermagem. Rev Eletr Enferm. 2009; 11(3):466. COFEN, Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.
- 5.NOBRE MRC et al. A Estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem 2007 15(3).
- 6.FIGUEIREDO NMA. Método e Metodologia na Pesquisa Científica. 3ª ed. São Caetano do Sul. 2009. (RIBEIRO, RS et al. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita: revisão integrativa de literatura. Research, Society and Development, v. 9, n. 4, el 78942470, 2020.)
- 7.SHAMSEER L et al. Preferred Reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. 2015. Systematic Reviews. 4:1.
- 8.MATOS LMC Et al. Processo de enfermagem com pacientes hipertensos na atenção primária em saúde. Journal of Nursing UFPE On Line. 2017.
- 9.REGO CCD et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com Tuberculose na atenção primária à saúde. Revista Baiana de Enfermagem. 2015. 218-228.
- 10.DANTAS NM et al. Perfil dos diagnósticos de enfermagem de fumicultores. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2019.
- 11.VARELA GC, Fernandes SCA. Conhecimentos e práticas sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enfermagem 18 (1):124-30. 2013.
- 12.ROSA APL, Zocche DAA, Zanotelli SS. Gestão do cuidado à mulher na atenção primária: estratégias para efetivação do Processo de Enfermagem. Enfermagem Foco. 2020; 11 (1):93-98.
- 13.ZANATTA EA et al. Consulta de enfermagem em puericultura à criança Haitiana: dificuldades e possibilidades. Ver Baiana Enferm. 2020;34:e35639.
- 14.MOREIRA MDS, Gaiva MAM. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. Revista Ciência Cuidado em Saúde. 2016.
- 15.AMARAL IBS, Silva ALA. A consulta do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: um recorte do Rio de Janeiro. Revista On Line Cuidado é fundamental. 2021.
- 16.COSTA AS Et al. O processo de enfermagem na atenção básica em um município de Alagoas, Brasil. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. 2018.
- 17.MAEBRA CML et al. Consulta de Enfermagem: Aspectos Epidemiológicos de Crianças Atendidas na Atenção Primária de Saúde. Rev Cienc Cuidad Saude. 2013; 12(3):500-507.
- 18.BRANDÃO MGSA. Processo de enfermagem em paciente como pé diabético: relato de experiência. Ver. Rede cuid. Saúde v. 14 2020.

19. BRANCO CSN Et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2(1):196-208. 2013.
20. OLIVEIRA et al. Assistência de Enfermagem ao Usuário com Carcinoma Espinocelular. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019; 13:e242832.
21. MIRANDA LCV et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2013.
22. GUELBER et al. Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. *HU Revista*. 2014.63-68.
23. AMORIM TS, Backes MTS. Gestão do Cuidado de Enfermagem à Puérperas e Recém nascidos na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Rene*. 2020;21:e43654.
24. SOARES DG et al. Implantação da Puericultura e desafios do cuidado na Estratégia Saúde da Família em um Município do Estado do Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 29(1): 132-138, jan./mar., 2016.
25. CARVALHÉDO FG, ANTONIO PS, SANTOS DS. Acolhimento ao idoso Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária. *Rev Enferm UFPE on line*. Recife, 9(1): 143-8. 2015.
26. KRAUZER IM et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciência Y Enfermería XXI (2): 31-38, 2015*.
27. SCHMALFUSS JM Et al. A aplicação do processo de enfermagem no atendimento a uma mulher com artrite reumatoide. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2013.
28. ASSIS WD Et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2011; 64(1):38-46.
29. PINTO ESO, Rodrigues WN. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à pessoas portadoras de hipertensão arterial. *Revista Nursing*, 2018; 21 (237): 2036-2040.
30. VIEIRA VCL et al. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*. 17(1):119-25. 2012.
31. SILVA KM, Santos SMA. A consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família: realidade de um distrito sanitário. *Revista de Enfermagem da REUFMS*. 2016. 6(2):248-258
32. KAHL C et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na atenção primária à Saúde. *Rev. Esc Enferm USP*. 2018; 52: e03327.
33. COSTA et al. Utilização do Subconjunto Terminológico "Enfermagem Comunitária" para Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos. *Rev. Texto & Contexto Enfermagem*. 2020, 29:e20192079.
34. SANTOS FB, Valente GSC. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Segurança do Paciente no Ambiente Domiciliar. *Enferm. Foco*. 2020; 11(1):106-113.
35. CLARES et al. Banco de termos para a prática clínica de enfermagem com idosos comunitários. *Rev. Eletr. Enf*. 2016;18:1167.
36. COSTA et al. Diagnósticos de Enfermagem em Consultas de Atenção Primária à Saúde de Recém Nascidos. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2018;71(6):3137-44.
37. MEDEIROS et al. Diagnósticos de Enfermagem para Idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2).
38. NICHIAI LYI, Padoveze MC, Ciosak SI, Grysczek ALFPL, Costa AA, Takahashi RF, et al. Classificação Internacional das Práticas de enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 2011.
39. BORBA et al. Aplicação da sistematização da Assistência de Enfermagem em Gestante atendidas no Pré Natal. *Revista Ciência Plural*. 2019; 5(3):89-102.
40. MOURA et al. Protocolo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Relato de Experiência. *Revol Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2015; 9(1):243-7.
41. LEITE et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Consultas de Pré Natal. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:e242001.
42. MAZZO MHSN, Brito RS. Nursing instrument to attend mothers who recently gave birth in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):294-303.
43. FIGUEIRA MCS et al. Reflexões sobre a utilização da Cipe na Prática Profissional: Revisão Integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde [Online]*. Ago/Set 2018; 7(2):134-154 ISSN 2317-1154.
44. ALVES KYA et al. The Systematization of nursing care for children who are victims of bullying. 2013 *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. 2175-5361.
45. MELO et al. Development and Assessment of na Application for Primary Care for Users with Diabetes Mellitus. *Aquichan*. 2020;20(2):e2026.
46. SILVA PSS et al. Grau de risco do pé diabético na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem da UFSM*. 2020.
47. ALVES KYA et al. Vivenciando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: Relato de Experiência. *Rev. Escola Anna Nery* 2013: abr-jun;17(2):381-388.
48. GRYSCHKE ALFPL et al. Análise crítica do potencial de utilização das nomenclaturas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Enfermagem Foco*. 2019: 50-56
49. TAVARES DS et Al. Construção e validação de um histórico de enfermagem para consulta de pré-natal. *Rev Enfermagem Foco*. 2019: 35-42.
50. SIEGA et al. Vivências e significados da consulta do enfermeiro em puericultura analise a luz de Wanda Horta. *Revista de Enfermagem da UFSM*. Reufsm. 2020
51. DANTAS et al. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos olhos pensamento de Bacon e Galimberti. *Rev Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1): 2800014.
52. NETO LSN et al. Implementação do processo de enfermagem no paciente queimado: um estudo de caso. *Rev Enferm UERJ*, 2018; 26: e30962.
53. Silva DG, Freiburger MF, Silva JL, Vale JS, Gonçalves JCR. O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo de enfermagem no Brasil. *R Científica Fac duc Meio Ambiente*. 2011; 2(Supl-I): 56-9.
54. BUSANELLO J et al. Assistência de Enfermagem a Portadores de Feridas: Tecnologias de Cuidado desenvolvidas na Atenção Primária. *Revista de Enfermagem da UFSM REUFMS*. 2013;3(1):175-184.
55. SOMARIVA VCA et al. Percepções das Equipes de Enfermagem na Atenção Básica frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Enferm. Foco* 2019; 10 (4): 142-147.
56. SILVA TFA et al. Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Básica. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(3):710-716.
57. RIBEIRO GC, PADOVEZE MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade Básica de Saúde: Percepção da Equipe de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP Journal of School of Nursing university of São Paulo*. 2018;52e03375.
58. ZAMPIER VSB et al. A abordagem do enfermeiro aos usuários tabagistas na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2019;72(4):1001-8.
59. COREN. Processo de Enfermagem: Guia para a Prática. Portal Coren. <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em 10 julho 2021.

The systematization of nursing assistance in primary care in Brazil: Integrative literature review

A sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica no Brasil: Revisão integrativa da literatura

La sistematización de la asistencia de enfermería en la atención primaria en Brasil: Revisión integrativa de la literatura

RESUMO

Objetivo: Identificar aspectos abordados na Literatura Científica da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Método:** revisão integrativa da literatura nas Bases de Dados Lilacs, Scielo e Bireme pelos Descritores Sistematização da Assistência de Enfermagem, Atenção Básica, Atenção Primária em Saúde, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Estratégia de Saúde da Família e Processo de Enfermagem. **Resultados:** dos 51 estudos incluídos 24(47%) não mencionaram métodos para realizar a SAE e 12(23%) citaram CIPE; das Etapas mais citadas 26(51%) Diagnósticos e Implementação de Enfermagem, e os Ciclo de Vida mais mencionados foram Usuários em Geral 11(23%) e Criança 8(17%). **Conclusão:** a Sistematização subsidia a prática clínica do enfermeiro fortalecendo sua autonomia, vínculo, resolutividade oferecendo melhorias à saúde da população; entretanto os estudos ainda são poucos e há fragilidades na implantação e adaptação destes instrumentos. Sugere-se constante Educação Permanente e apoio da Gerência Local para ofertar maior qualidade à saúde da população.

DESCRITORES: Processo de Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária; Enfermeiras de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To identify aspects approached in Scientific Literature on Nursing Assistance in Primary Health Care in Brazil. **Method:** integrative literature review from Lilacs, Scielo and Biremes databases through descriptors Systematization of Nursing Assistance, Primary Care, Primary Health Care, Public Health, Collective Health, Family Health Strategy and Nursing Process. **Results:** among the 51 included studies 24 (47%) did not mention methods to accomplish SAE and 12 (23%) cited CIPE; among the most cited stages 26 (51%) were Diagnoses and Nursing Implementation, whereas the most mentioned Cycles of Life were Users in general 11 (23%) and Child 8 (17%). **Conclusion:** the Systematization subsidizes the nurse's clinical practice, what strengthens their autonomy, bond and resolution, offering improvements to the population health; meantime, studies are still scarce and there are some weaknesses in these instruments implementation and adaptation. It is suggested constant Continuing Education and Local Management support in order to offer better quality to the population health.

DESCRIPTORS: Nursing Process; Family Health Strategy; Primary Health Care; Primary Care Nursing; Family Nurse Practitioners.

RESUMEN

Objetivo: Identificar aspectos abordados en la Literatura Científica acerca de los Cuidados de Enfermería en la Atención Primaria de Salud en Brasil. **Método:** Revisión Integrativa de la Literatura en las bases de datos Lilacs, Scielo y Bireme a través de los descriptores Sistematización de Atención de Enfermería, Atención Primaria de Salud, Salud Pública, Salud Colectiva, Estrategia de Salud de la Familia y Proceso de Enfermería. **Resultados:** de los 51 estudios incluidos 24(47%) no mencionaron métodos para realizar la SAE y 12(23%) citaron la CIPE; las etapas más citadas fueron 26(51%) Diagnósticos e Implementación de Enfermería, mientras que los Ciclos de Vida más citados fueron Usuarios en General 11(23%) y Niños 8(17%). **Conclusión:** La sistematización subsidia la práctica clínica de los enfermeros, fortaleciendo su autonomía, vínculo y resolución, ofreciendo mejoras a la salud de la población; sin embargo, los estudios son aún escasos y hay debilidades en la implementación y adaptación de estos instrumentos. Se sugiere la Educación Continua constante y el apoyo de la Gerencia Local para ofertar una mejor calidad a la salud de la población.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria; Enfermeras de Familia.

RECEBIDO EM: 26/05/2022 APROVADO EM: 03/06/2022

Aline Biondo Alcantara

Nurse, student of the Specialization Course in Primary Care with emphasis on Family Health and Nursing Management at the Faculty of Medicine of São José do Rio Preto (FAMERP).
ORCID: 0000-0003-4342-7912

Maria de Lourdes Sperli Gerales SantosNurse, PhD in Nursing, Professor and Advisor of the Undergraduate and Specialization Program at FAMERP.
ORCID: 0000-0001-6110-619X**INTRODUCTION**

The Systematization of Nursing Care (SNC) is a scientific method used to plan, execute and evaluate nursing care ⁽¹⁾, private activity, which uses a scientific work method and strategy to identify health/disease situations, for the promotion, prevention, recovery and rehabilitation of the health of the individual, family and community. ⁽²⁾

SNC implies a set of actions to reach a certain end through care plans, protocols, standardization of procedures and the nursing process, which represents a scientific method that involves a sequence of specific steps such as Data Collection, Diagnosis, Planning, Implementation of Nursing Care and Evaluation of the results obtained ^(2,3) and when carried out in institutions that provide outpatient health services, households, schools, community associations, among others, corresponding to a Nursing Consultation ⁽⁴⁾ supported at the national level by Law No. 7,498 and by Decree No. 94,406/87, article 11, where qualified listening to health needs takes place.

Therefore, this study was built from the PICO Strategy ⁽⁵⁾, through the guiding question: what is there scientific knowledge about Nursing Care in the Practice of Nurses in Primary Health Care?

In this context, this study aims to identify which aspects are being addressed in the Scientific Literature related to Nursing Care in Primary Health Care (PHC) in Brazil.

METHOD

This is an integrative literature review ⁽⁶⁾ to better conduct the review script in order to seek findings and analyze them statistically. ⁽⁷⁾

For the Bibliographic survey, the Databases of Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (Lilacs) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) and the Regional Library of Medicine (Bireme) of the last ten years were used, from the combination of the following Health Descriptors (DESC) indexed in the Virtual Health Library (VHL) according to Table 1 below:

The following inclusion criteria were listed: original scientific articles published in full from January 2011 to June 2021, Portuguese, English and Spanish language, and those that did not fit the proposed objectives of identifying which aspects are being addressed in the Scientific Literature related to Nursing Care in PHC.

The data extracted from the selected articles were organized and tabulated in the Microsoft Excel 2021 (16.0) program.

RESULTS

51 articles were identified. The results were described in Tables, Table 1 identifies the Methods of Systematization of Nursing Care (SNC) in Primary Care (PC); Table 2 describes which SNC Phases or Stages were mentioned and Table 3 identifies which Life Cycles were mentioned.

DISCUSSION

Table 1: Combination of DESC Health Descriptors

DESC	Combinador Boleano	DESC
1. Systematization of Nursing Care	and	2. Primary Care
1. Systematization of Nursing Care	and	3. Primary Health Care
1. Systematization of Nursing Care	and	4. Public Health
1. Systematization of Nursing Care	and	5. Collective Health
1. Systematization of Nursing Care	and	6. Family Health Strategy
7. Nursing Process	and	2. Primary Care
7. Nursing Process	and	3. Primary Health Care
7. Nursing Process	and	4. Public Health
7. Nursing Process	and	5. Collective Health
7. Nursing Process	and	6. Family Health Strategy

Source: Prepared by the authors themselves, 2021.

The selected productions of the results obtained were synthesized and categorized on what each author mentions according to the main objective of this work regarding which aspects are being addressed in the Scientific Literature related to Nursing Care in Primary Health Care (PHC) in Brazil.

In Table 1, after categorizing the Distribution of Productions according to the Method used for SNC in Primary Health Care related to the 51 productions, it was observed that 24 (47%) of these studies did not mention the Method Used in the SAE; among the most used and mentioned methods, 12 (23%) of them described the use of ICNP as the method used; 5 CIPESC and that 5 (10%) of these productions used CIPESC and Wanda de Aguiar Horta, we question these weaknesses (8,9) when identifying that the average of the productions still do not appropriate the methods of systematization of nursing care, it would be for reasons of instrumentalization of these professionals who work in the services in relation to training, or to the precarious time for assistance and high demand in primary health services that occupy the entire extension of a broad assistance, as we also have in some studies (8,9,10,11,12,13,14,15,16) of which they describe that although nurses understand the importance of Systematization, in the midst of several obstacles, they do not develop it, but suggest ways that make scientific, differentiated, dynamic and facilitating assistance possible; evidencing main challenges for its effectiveness related to its work process such as overload, accumulation of administrative and care functions, lack of time, deficit of human and material resources, high demand from users in health services, lack of training, absence of protocols and failures in the referral and counter-referral process, as well as cultural or interpersonal communication issues, in addition to the continuous repetition of interruptions in the queries, fragmenting it; which requires a suggestion of a reorganization of the work process so that the nurse allows

TABLE 1. Distribution of products according to the method used for SNC in basic health care, 2021

Methods used for SNC in primary health care		
Methods	n	%
CIPE	12	23
CIPESC	5	10
Wanda de Aguiar Horta	5	10
Systematized Actions (SNC) and Interrelated	4	8
Unsystematic approach	1	2
Did not mention method	24	47

Source: Prepared by the authors themselves, 2021.

TABLE 2. Stages or phases of sae identified, according to COREN, 2021

SNC phases or stages identified according to COREN		
Phases	n	%
Data Collection or Investigation	18	35
Nursing Diagnoses	26	51
Nursing Planning	9	18
Nursing Implementation	26	51
Nursing Assessment	7	14

Source: Prepared by the authors themselves, 2021.

TABLE 3. Productions regarding the nursing process to life cycles, 2021

Nursing processes - life cycles		
Cycles	n	%
General Users - Primary Care	11	23
Child	8	17
Specific groups	7	14
Pregnant women	5	10
DM	4	8
SAH	4	8
Elderly	3	6
Puerperal	3	6
Patient with Diabetic Foot	2	4
Women	2	4

Source: Prepared by the authors themselves, 2021.

the user to play a leading role; as well as the need for empowerment regarding their identity and professional practice.

Several studies which did not men-

tion the method used (7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21) cited some stages of SNC reinforcing how much the Nursing Consultation interferes in the early detection of

signs and symptoms of diseases such as those prevalent in childhood when developing the first stage of SNC, as well as it is possible to identify and apply the Care Plan from the nursing diagnoses raised to intervene quickly even in chronic patients such as Diabetics, Hypertensives, patients with Squamous Cell Carcinoma; in addition to describing the implementation of SAE, which must be incorporated into practice, in addition to providing autonomy, leadership, care management, interaction with the community, subsidizes health promotion and disease prevention actions and health services for nurses; NC is also highlighted as an important health education tool, which favors professional bonding, enables the development of professional autonomy and independence.

Then we have 12 Research References Based on the International Classification for Nursing Practices (ICNP[®]), through these studies ^(22,23,24,25,26,27,28,29,30,31) the importance of EC for the development of clinical practice based on the principle of comprehensiveness and evidence-based practices was revealed, through clinical protocols and application of ICNP[®]. Of these, they expand the autonomy and resolution of nurses in their professional practice, giving greater visibility to their work, providing the nurse with constant technical-scientific improvement, providing the necessary framework for their performance in PHC and contributing to greater effectiveness of the actions developed. favoring the development of clinical reasoning by nurses working in PHC and assisting in decision making and guiding their nursing practice, with the objective of qualifying and individualizing the care provided to chronic users, as well as the possibility of a specific language such as ICNP[®] to standardize and unify it. Of these, they expand the autonomy and resolution of nurses in their professional practice, giving greater visibility to their work, providing the nurse with constant technical-scientific improvement, providing the neces-

sary framework for their performance in PHC and contributing to greater effectiveness of the actions developed, favoring the development of clinical reasoning by nurses working in PHC and assisting in decision making and guiding their nursing practice, with the objective of qualifying and individualizing the care provided to chronic users, as well as the possibility of a specific language such as ICNP[®] to standardize and unify it.

However, in other research ⁽³²⁾ identified that the ICNP terminology is still little used by care nurses, which made it difficult to compile the same ND/results and interventions, but stated that it contributed to the operationalization of the NP in the PC context, recommending the inclusion of the taxonomy as a care and management tool, as well as the difficulty of making records according to the ICNP[®].

Subsequently, 5 productions used the International Classification of Nursing Practices in Collective Health - ICNP-CH, a study ^(33,34,35,36,37) identified that NCS articulated with CIPESC constitutes a tool of great value for the professional nurse, as it reinforces their autonomy, Nursing as Science and, above all, allows the consolidation of resolute actions; as well as promising to improve and advance theoretical-practical knowledge, timely support for decision-making and the strengthening of NCS to PHC; focuses on self-care for the prevention of diseases and points out the potential of the Nurse's action in the detection of factors associated with chronic conditions, such as DM in PHC; the feasibility of this instrument, innovative in Collective Health, important for research and teaching, revealing potentialities such as Nursing diagnoses and interventions; however, it indicated a deficiency in the training of professionals from the perspective of NCS in PHC, as well as stressing that universalizing this language is still incipient in Primary Health Care (PHC) and that the researched nomenclatures are aimed at

individuals/family/community and focus on "problems" or "needs" not having communication with other professional categories.

In the same proportion we also have 5 productions based on Wanda Horta's Theory Reference ^(38,39,40,41,42) precursor of the nursing process in Brazil, whose reference used was the Basic Human Needs of Horta, from which they identify that the constructed and validated instrument qualifies, guides and brings scientificity to the Nursing History record, which can support the recording of the other stages of the Nursing Process, as well as characterize it as an opportunity for users and their families to become fully aware, providing an opportunity to expand the discussions and scope of nursing through a systematized and scientifically structured practice, as by Wanda Horta.

In this way, pointing out the Nursing Consultation as an essential element for improving the quality of care, making it more humanized in addition to allowing more autonomy and independence in its work with the patient throughout Brazil.

Regarding Systematized and Inter-Related Actions ^(43,44,45,46) we have 4 studies which mention that systematization is essential. They identify the benefits of NCS but still have difficulties in applying it, it was found that NC is not institutionalized as a routine practice in the investigated units and that it is still performed according to the biomedical model, being incipient, making it necessary a process of permanent education of the nurses involved in the care, such as the lack of institutional structure, highlighting the lack of training on the part of the Institution, which have a reasonable understanding of the subject and that training does not prepare for its realization in PHC.

And concluding the Methods Used in NCS Category, only 1 article referred to an Unsystematic Approach ⁽⁴⁷⁾ when mentioning that the assistance of nurses to the smoker is carried out individually and unsystematically and in operative

groups following the principles of cognitive-behavioral therapy, being complex due to its own relative issues, it pointed out the need for nurses to take ownership of the NCS articulated to the recommendations of the Policies aimed at tobacco control, with a view to fulfilling their role in the promotion, control and reduction of health problems of smokers.

According to Table 2 related to the Phases or Stages of the NCS, according to Coren⁽⁴⁸⁾ being Data Collection or Investigation; Diagnoses, Planning, Implementation and Nursing Assessment the most identified Steps in the 51 productions included in these studies were the Diagnoses^(19,20,21,24,25,28,22,29,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,43,45,46,47,48,50,51,52) and Implementation^(1,0,17,18,19,20,21,14,15,19,21,34,37,38,39,40,41,43,44,46,47,49,50,51,52,53,54) of Nursing with 26 (51%) productions each; 18 (35%)^(7,18,19,20,23,24,28,31,37,40,44,46,48,49,50,51,52,53) cited Data Collection; 9 (18%)^(8,10,17,21,31,50,51,52,53) described Nursing Planning; and 7 (14%)^(19,23,28,41,44,47,52) Nursing Assessment.

In view of this survey, it can be said that Nurses have increasingly indicated Nursing Diagnoses and Implemented them in their practice, which is specific and inherent to their attributions in Nursing and Primary Care; however, still in relation to Data Collection (Anamnesis and Physical Examination) in a lower percentage of 35% revealed that this Stage still has a lot to be explored by such professionals, a practice that involves knowledge, practical skills in Physiology, Anatomy, Semiology, which can also be offered as training in continuing education by the Services for a higher quality Practice to users.

Still in a smaller proportion 14% and no less relevant, the Nursing Planning Stage requires time to plan actions in addition to recording this stage, of which they are carried out in practice, however their record is implied, the professional nurses carry out the planned actions, even if they do not mention this stage of planning, they only operate with few records in some studies they reveal by the

SNC implies a set of actions to reach a certain end through care plans, protocols, standardization of procedures and the nursing process, which represents a scientific method that involves a sequence of specific steps such as Data Collection, Diagnosis, Planning, Implementation of Nursing Care and Evaluation of the results obtained

time during work, due to great demands. And finally, with a much smaller proportion, 14%, we still have the last stage of the NCS, that of Evaluating Nursing Actions, as in many studies show professionals perform at all times, however these records are also subtended.

Table 3 identifies the Life Cycles mentioned in AB's PE, which were most cited in 11 (23%) Users in General, that is, Primary Care characterized as Open Door receives all users in general as a spontaneous demand in the Units, that is, its main assigned role; in 8 (17%) cited Children, considering the actions in favor of Child Health, both in terms of promotion and prevention and monitoring of growth and development, in addition to many others, we saw that there is a demand in the PC services to take these children, however still in a reduced number; in 7 (14%) of these studies referred to Specific Groups such as Wound Carriers⁽¹⁾, Burned⁽¹⁾, with Tuberculosis⁽¹⁾, With Meningococcal Meningitis⁽¹⁾, With Squamous Cell Carcinoma⁽¹⁾, Tobacco Producer-Tobacco Grower⁽¹⁾ and Bedridden⁽¹⁾.

Considering that the PC is characterized as a Gateway for the entire population where services can and should also permeate outside the units as at home, there is still a minimum number of demand for specific groups, we can understand how little demand from these groups, or even lack of knowledge on their part, which is of fundamental importance to consider that these services should be disseminated by the local regional management to the entire population.

With a smaller number and percentage of groups by life cycles surveyed in the productions, 5 (10%) Pregnant women were identified in these studies, one of the largest audiences received in Primary Care services considering the entire context of monitoring life in the pregnancy-puerperal cycle, in addition to actions in favor of women's health; 4(8%) Patients with Diabetes and Hypertension, both belonging to the Hol for Chronic

Non-Communicable Diseases with the highest frequency in Primary Care services; 3(6%) Elderly and Puerperal Women, an audience also frequented in Basic Health Units, and 2(4%) Women and Patients with Diabetic Foot.

It is also observed that although there are few NCS records as established by Coren⁽⁵⁵⁻⁵⁹⁾ to these Life Cycles groups, the question is whether these few nursing care records refer to the low demand for services, if these groups do not even use public health services because they use other health plans or if they are unaware of public health services or even weaknesses in the integral records of nursing care for these cycles in PHC.

CONCLUSION

When analyzing the results obtained from this bibliographic survey, it was observed that in the scope of Primary Health Care in Brazil, studies related to the systematization of nursing care are still few, and that the systematization of care performed by nurses in Brazil, although it is an old practice, there are still difficulties in the implementation and adaptation of instruments in PHC.

ICNP, as well as ICNPCH and Wanda Horta's Models are references, instruments that favor the work of these professionals. It is considered that the Life Cycles, identified through the records in the NCS, are mostly described as users of PC in general, affirming one of the main characteristics of Primary Care, which is the gateway to demand throughout the life cycle and in smaller numbers of

records of Children, Pregnant Women, Chronic Patients, Puerperal Women and Women, of which, although in a smaller number of NCS records, they are the Groups that most seek public health services and receive assistance in Nursing Consultations in a Systematized way.

It is relevant the suggestion to delve deeper into the studies relevant to this subject, as well as expansion in the Training Units as well as receiving support from the Local Management, Training, approach of this theme in Continuing and Permanent Education to develop actions, or implement instruments that favor support to primary care nurses for their assistance in all life cycles, providing a more qualified and effective nursing care.

REFERENCES

1. SANTOS LP et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao idoso na Atenção Primária An Congr Bras Med Fam Comunidade. Belém, 2013 Maio; 12:975. (SILVA, JCBS et al. Aplicação da sistematização da Assistência de Enfermagem em Gestantes atendidas no Pré Natal. Rev Ciência Plural. 2019; 5(3): 89-102.)
2. COFEN, Resolução nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE– nas Instituições de Saúde Brasileiras, 2002.
3. TANNURE MC, GONÇALVES AMP. SAE Sistematização da assistência de enfermagem Guia Prático. Editora Guanabara Koogan S. A. 2008. (AMARAL IBST, SILVA ALA. A Consulta do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: um recorte do Rio de Janeiro. Ver Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental. 2021; jan/dez; 13:227-233.)
4. CARVALHO EC, BACHION MM. Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem — intenção de uso por profissionais de enfermagem. Rev Eletr Enferm. 2009; 11(3):466. COFEN, Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.
5. NOBRE MRC et al. A Estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev Latino-am Enfermagem 2007 15(3).
6. FIGUEIREDO NMA. Método e Metodologia na Pesquisa Científica. 3ª ed. São Caetano do Sul. 2009. (RIBEIRO, RS et al. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita: revisão integrativa de literatura. Research, Society and Development, v. 9, n. 4, el 78942470, 2020.)
7. SHAMSEER L et al. Preferred Reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. 2015. Systematic Reviews. 4:1.
8. MATOS LMC Et al. Processo de enfermagem com pacientes hipertensos na atenção primária em saúde. Journal of Nursing UFPE On Line. 2017.
9. REGO CCD et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com Tuberculose na atenção primária à saúde. Revista Baiana de Enfermagem. 2015. 218-228.
10. DANTAS NM et al. Perfil dos diagnósticos de enfermagem de fumicultores. Revista de Enfermagem UFPE On Line. 2019.
11. VARELA GC, Fernandes SCA. Conhecimentos e práticas sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enfermagem 18 (1):124-30. 2013.
12. ROSA APL, Zocche DAA, Zanotelli SS. Gestão do cuidado à mulher na atenção primária: estratégias para efetivação do Processo de Enfermagem. Enfermagem Foco. 2020; 11 (1):93-98.
13. ZANATTA EA et al. Consulta de enfermagem em puericultura à criança Haitiana: dificuldades e possibilidades. Ver Baiana Enferm. 2020;34:e35639.
14. MOREIRA MDS, Gaiva MAM. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. Revista Ciência Cuidado em Saúde. 2016.
15. AMARAL IBS, Silva ALA. A consulta do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: um recorte do Rio de Janeiro. Revista On Line Cuidado é fundamental. 2021.
16. COSTA AS Et al. O processo de enfermagem na atenção básica em um município de Alagoas, Brasil. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde. 2018.
17. MAEBRA CML et al. Consulta de Enfermagem: Aspectos Epidemiológicos de Crianças Atendidas na Atenção Primária de Saúde. Rev Cienc Cuidad Saude. 2013; 12(3):500-507.
18. BRANDÃO MGSA. Processo de enfermagem em paciente como pé diabético: relato de experiência. Ver. Rede cuid. Saúde v. 14 2020.

19. BRANCO CSN Et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2(1):196-208. 2013.
20. OLIVEIRA et al. Assistência de Enfermagem ao Usuário com Carcinoma Espinocelular. *Rev Enferm UFPE on line*. 2019; 13:e242832.
21. MIRANDA LCV et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2013.
22. GUELBER et al. Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. *HU Revista*. 2014.63-68.
23. AMORIM TS, Backes MTS. Gestão do Cuidado de Enfermagem à Puérperas e Recém nascidos na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Rene*. 2020;21:e43654.
24. SOARES DG et al. Implantação da Puericultura e desafios do cuidado na Estratégia Saúde da Família em um Município do Estado do Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza*, 29(1): 132-138, jan./mar., 2016.
25. CARVALHÉDO FG, ANTONIO PS, SANTOS DS. Acolhimento ao idoso Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Primária. *Rev Enferm UFPE on line*. Recife, 9(1): 143-8. 2015.
26. KRAUZER IM et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção básica: o que dizem os enfermeiros? *Ciência Y Enfermería XXI* (2): 31-38, 2015.
27. SCHMALFUSS JM Et al. A aplicação do processo de enfermagem no atendimento a uma mulher com artrite reumatoide. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2013.
28. ASSIS WD Et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2011; 64(1):38-46.
29. PINTO ESO, Rodrigues WN. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à pessoas portadoras de hipertensão arterial. *Revista Nursing*, 2018; 21 (237): 2036-2040.
30. VIEIRA VCL et al. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*. 17(1):119-25. 2012.
31. SILVA KM, Santos SMA. A consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família: realidade de um distrito sanitário. *Revista de Enfermagem da REUFMS*. 2016. 6(2):248-258
32. KAHL C et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na atenção primária à Saúde. *Rev. Esc Enferm USP*. 2018; 52: e 03327.
33. COSTA et al. Utilização do Subconjunto Terminológico "Enfermagem Comunitária" para Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos. *Rev. Texto & Contexto Enfermagem*. 2020, 29:e20192079.
34. SANTOS FB, Valente GSC. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Segurança do Paciente no Ambiente Domiciliar. *Enferm. Foco*. 2020; 11(1):106-113.
35. CLARES et al. Banco de termos para a prática clínica de enfermagem com idosos comunitários. *Rev. Eletr. Enf*. 2016;18:1167.
36. COSTA et al. Diagnósticos de Enfermagem em Consultas de Atenção Primária à Saúde de Recém Nascidos. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2018;71(6):3137-44.
37. MEDEIROS et al. Diagnósticos de Enfermagem para Idosos utilizando-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e o modelo de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(2).
38. NICHIAI LYI, Padoveze MC, Ciosak SI, Grysczek ALFPL, Costa AA, Takahashi RF, et al. Classificação Internacional das Práticas de enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC: instrumento pedagógico de investigação epidemiológica. *Revista Escola de Enfermagem da USP* 2011.
39. BORBA et al. Aplicação da sistematização da Assistência de Enfermagem em Gestante atendidas no Pré Natal. *Revista Ciência Plural*. 2019; 5(3):89-102.
40. MOURA et al. Protocolo do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Relato de Experiência. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2015; 9(1):243-7.
41. LEITE et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Consultas de Pré Natal. *Rev enferm UFPE on line*. 2019;13:e242001.
42. MAZZO MHSN, Brito RS. Nursing instrument to attend mothers who recently gave birth in primary health care. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):294-303.
43. FIGUEIRA MCS et al. Reflexões sobre a utilização da Cipe na Prática Profissional: Revisão Integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde [Online]*. Ago/Set 2018; 7(2):134-154 ISSN 2317-1154.
44. ALVES KYA et al. The Systematization of nursing care for children who are victims of bullying. 2013 *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. 2175-5361.
45. MELO et al. Development and Assessment of na Application for Primary Care for Users with Diabetes Mellitus. *Aquichan*. 2020;20(2):e2026.
46. SILVA PSS et al. Grau de risco do pé diabético na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem da UFSM*. 2020.
47. ALVES KYA et al. Vivenciando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: Relato de Experiência. *Rev. Escola Anna Nery* 2013: abr-jun;17(2):381-388.
48. GRYSCHKE ALFPL et al. Análise crítica do potencial de utilização das nomenclaturas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Enfermagem Foco*. 2019: 50-56
49. TAVARES DS et Al. Construção e validação de um histórico de enfermagem para consulta de pré-natal. *Rev Enfermagem Foco*. 2019: 35-42.
50. SIEGA et al. Vivências e significados da consulta do enfermeiro em puericultura analise a luz de Wanda Horta. *Revista de Enfermagem da UFSM*. Reufsm. 2020
51. DANTAS et al. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos olhos pensamento de Bacon e Galimberti. *Rev Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(1): 2800014.
52. NETO LSN et al. Implementação do processo de enfermagem no paciente queimado: um estudo de caso. *Rev Enferm UERJ*, 2018; 26: e30962.
53. Silva DG, Freiburger MF, Silva JL, Vale JS, Gonçalves JCR. O marco de Wanda de Aguiar Horta para o processo de enfermagem no Brasil. *R Científica Fac duc Meio Ambiente*. 2011; 2(Supl-I): 56-9.
54. BUSANELLO J et al. Assistência de Enfermagem a Portadores de Feridas: Tecnologias de Cuidado desenvolvidas na Atenção Primária. *Revista de Enfermagem da UFSM REUFMS*. 2013;3(1):175-184.
55. SOMARIVA VCA et al. Percepções das Equipes de Enfermagem na Atenção Básica frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Rev Enferm. Foco* 2019; 10 (4): 142-147.
56. SILVA TFA et al. Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes Mellitus na Atenção Básica. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(3):710-716.
57. RIBEIRO GC, PADOVEZE MC. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade Básica de Saúde: Percepção da Equipe de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP Journal of School of Nursing university of São Paulo*. 2018;52e03375.
58. ZAMPIER VSB et al. A abordagem do enfermeiro aos usuários tabagistas na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2019;72(4):1001-8.
59. COREN. Processo de Enfermagem: Guia para a Prática. Portal Coren. <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>. Acesso em 10 julho 2021.

Fatores associados a violência contra a pessoa idosa no estado do Paraná, Brasil

Factors associated with violence against the elderly in the state of Paraná, Brazil

Factores asociados a la violencia contra los ancianos en el estado de Paraná, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados da violência contra a pessoa idosa no Estado do Paraná. Métodos: estudo epidemiológico, transversal, analítico e retrospectivo, sobre as notificações de casos de violência contra a pessoa idosa no estado do Paraná, realizado no período de 2017 a 2019. Os dados foram tabulados em planilha do Excel® e calculadas as medidas de frequência simples e relativas, com auxílio do software Epi-info versão 7.2.3.1. Resultados: idosos de raça branca foram as principais vítimas de violência, sendo as mulheres as mais acometidas. A maior parte das violências ocorreram na residência e foram de natureza física, de repetição e negligência ou abandono. Conclusão: as mulheres apresentam maior risco de sofrerem violência no domicílio, enquanto os homens, em locais públicos. A análise de violência segundo o sexo poderá contribuir para a realização de estratégias diferenciadas na sociedade, de forma a amenizar esse agravo.

DESCRITORES: Violência; Idoso; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to analyze the associated factors of violence against the elderly in the State of Paraná. Methods: epidemiological, cross-sectional, analytical and retrospective study on notifications of cases of violence against the elderly in the state of Paraná, carried out from 2017 to 2019. Data were tabulated in an Excel® spreadsheet and frequency measures were calculated simple and relative, with the help of Epi-info software version 7.2.3.1. Results: Caucasian elderly were the main victims of violence, with women being the most affected. Most of the violence occurred in the residence and was of a physical nature, repeated and neglected or abandoned. Conclusion: women are at greater risk of experiencing violence at home, while men are at public places. The analysis of violence according to sex can contribute to the implementation of different strategies in society, to alleviate this problem.

DESCRIPTORS: Violence; Elderly; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores asociados a la violencia contra los ancianos en el Estado de Paraná. Métodos: estudio epidemiológico, transversal, analítico y retrospectivo sobre notificaciones de casos de violencia contra ancianos en el estado de Paraná, realizado entre 2017 y 2019. Los datos fueron tabulados en hoja de cálculo Excel® y se calcularon medidas de frecuencia simple y relativa, con la ayuda del software Epi-info versión 7.2.3.1. Resultados: Los ancianos caucásicos fueron las principales víctimas de la violencia, siendo las mujeres las más afectadas. La mayor parte de la violencia ocurrió en la residencia y fue de carácter físico, reiterada y desatendida o abandonada. Conclusión: las mujeres tienen mayor riesgo de experimentar violencia en el hogar, mientras que los hombres lo están en lugares públicos. El análisis de la violencia según el sexo puede contribuir a la implementación de diferentes estrategias en la sociedad, con el fin de paliar este problema.

DESCRIPTORES: Violencia; Anciano; Epidemiología.

RECEBIDO EM: 10/03/2022 **APROVADO EM:** 12/06/2022

Vanessa Neckel Derin

Mestranda em Enfermagem. Docente colaboradora na Universidade Estadual do Paraná – Campus de Paranavaí- departamento de enfermagem. Paranavaí, PR, Brasil.
ORCID: 0000-0002-3851-538X.

Guilherme Alda Biscola

Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.
ORCID: 0000-0002-8707-7419.

Francielle Renata Danielli Martins Marques

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.
ORCID: 0000-0002-8578-9615

Aline Balandis Costa

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.
ORCID: 0000-0003-4339-6204

Maria Aparecida Salci

Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.
ORCID: 0000-0002-6386-1962

Lúgia Carreira

Pós-Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil.
ORCID: 0000-0003-3891-4222

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a violência contra a pessoa idosa representa um grave problema de saúde pública, que apesar de ser subnotificado, traz grandes consequências para suas vítimas¹. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a violência contra idosos pode ser definido como “um ato único ou repetido, ou a falta de ação apropriada, ocorrendo em qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança que cause danos ou angústia a um idoso”². Estima-se que no Brasil, a cada dez minutos um idoso sofra algum tipo de agressão, causando óbito em média a 41 destes indivíduos diariamente³. Somente no ano de 2019, foram notificados 16.039 casos de violência e em 2020, 25.533⁴.

O aumento da expectativa de vida da população idosa brasileira repercutiu para as políticas públicas sociais e de saúde em desafios para garantir um envelhecer com qualidade e dignidade. A Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso foram mecanismos criados para garantir maior qualidade de vida dessa população e minimizar os abusos sofridos^{1,3}.

O abuso contra a pessoa idosa é

um grave problema que perpassou de modo oculto aos olhos da sociedade por muitos anos. Por se tratar de uma problemática social e de saúde pública, merece uma atenção mais aguçada dos profissionais de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto à suspeita dos casos de qualquer tipo de violência contra a pessoa idosa para notificar e proteger essas vítimas¹.

Entre os tipos de violência contra o idoso, a violência física apresenta-se como mais frequente, seguida da psicológica e financeira⁵. O Brasil possui legislações vigentes para a garantia do direito dos idosos e que tratam da obrigatoriedade da notificação profissional compulsória⁵. Por isso, é primordial que os profissionais de saúde se atentem para as suspeitas de qualquer forma de violência que possa ser perpetrada contra o idoso e realize a notificação.

A chegada da pandemia por COVID-19 no Brasil intensificou os dados dessa violência, com um crescimento de 59% dos casos em idosos no Brasil⁴. Como consequência da violência estão os danos, que muitas vezes podem ser irreversíveis em suas vítimas, como mortes precoces, transtorno de estresse pós-traumático, sequelas físicas e tentativas de suicídio⁵.

Diante dos casos de violência no Brasil e do constante aumento da população idosa, é necessário que sejam realizadas medidas de promoção e prevenção a saúde, através do planejamento de políticas públicas específicas, sendo obtidas após a identificação dos grupos vulneráveis por este agravo com a finalidade de propor estratégias para ampliar a segurança e dignidade dos idosos com maior risco de sofrerem violência⁵.

Com o aumento da expectativa de vida e da população idosa urge o planejamento de políticas públicas específicas para essa população⁵. Pelo exposto, questiona-se: quais são as características e os fatores associados que determinam a violência contra a pessoa idosa no estado do Paraná? Assim, este estudo objetivou analisar os fatores associados da violência contra a pessoa idosa, no Estado do Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, analítico e retrospectivo, sobre as notificações de casos de violência contra a pessoa idosa no estado do Paraná, no período de 2017 a 2019. O estado do Paraná localiza-se na região Sul do Brasil e ocupa uma área geográfi-

ca de 199.298,982 km². O último Censo do IBGE, realizado em 2010, indica que o Estado tem 1.316.554 de habitantes com mais de 60 anos⁶.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2021, obtida por meio de consulta às fichas de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências presentes no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁷.

Foram incluídas todas as fichas de notificação de violência perpetrada em pessoas com 60 anos ou mais de idade, sendo esta a variável dependente. As variáveis independentes foram: regional de saúde, gênero (feminino ou masculino), raça (branca e não branca), escolaridade (≤ 8 anos de estudo ou > 8 anos de estudo), local de ocorrência (residência ou local público), natureza da violência (física, sexual, psicológica, negligência, autoprovocada, repetição, tortura ou financeira), estado civil (casado ou união estável; divorciado ou separado; solteiro; viúvos; outros), tipo de envolvimento (autor, vítima), relação entre vítima/autor (com grau de parentesco, sem grau de parentesco), grau de lesão (não houve lesão, lesão leve, grave ou fatal), causa presumida (atrato e atrito familiar, drogas, brigas e outros). O número de habitantes por região foi obtido em dados derivados do censo de 2010 e estimativas intercensitárias, disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para análise, os dados foram tabulados em planilha do Excel[®] e calculadas as medidas de frequência simples e relativas, estimadas as medidas de associação por meio do Odds Ratio e, posteriormente, realizados os testes estatísticos empregando o Qui-quadrado de Pearson e Teste exato de Fischer quando as frequências foram menores que 6 unidades. Para todas as análises foram consideradas o intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%, realizadas

com auxílio do software Epi-info versão 7.2.3.1.

A pesquisa não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, por se tratar de banco

Entre os tipos de violência contra o idoso, a violência física apresenta-se como mais frequente, seguida da psicológica e financeira

de dados de domínio público, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram analisadas 6089 notificações de violência em idosos, no Estado do Paraná/Brasil, do ano de 2017 a 2019. Entre as 22 regionais de saúde (RS) do Estado, a de maior prevalência foi a 2ª RS (39,60%), seguida pela 17ª (16,42%) e 15ª (6,75%).

Em relação aos sexos, as mulheres idosas apresentaram maior risco de sofrerem violência na 5ª RS (OR= 1,96 IC= 1,43-2,67 p= 0,0000), seguida pela 17ª RS (OR= 1,22 IC= 1,06-1,40 p= 0,0047) e pela 2ª (OR= 1,21 IC= 1,09-1,34 p= 0,0003). E o menor risco de violência para mulheres idosas ocorreu na 18ª RS (OR= 0,33 IC= 0,16-0,66 p= 0,0017), seguida da 22ª RS (OR= 0,45 IC= 0,25-0,79 p= 0,0066) e na 1ª RS (OR= 0,57 IC= 0,42-0,76 p= 0,0002) (Tabela 1).

Em relação às variáveis sociodemográficas, os idosos de raça branca foram as principais vítimas de violência (73,2%), sendo as mulheres as mais acometidas (42,86%). A maioria das vítimas possuía oito ou menos anos de estudo (44,5%); destas, a baixa escolaridade foi maior entre as vítimas do sexo feminino (25,60%). Referente ao local de ocorrência, a maior parte das violências ocorreram na residência (82,23%), sendo que as mulheres apresentaram um risco maior de serem agredidas em domicílios (p<0,05), enquanto os homens apresentaram maior risco de serem agredidos em locais públicos (p <0,05) (Tabela 2).

Os tipos de violência com maiores ocorrências foram: violência física (51,90%), violência de repetição (49,95%) e negligência/ abandono (32,93%). Entre as vítimas do sexo feminino, predominaram violência de repetição (32,60%), violência física (27,51%) e violência psicológica (21,3%). Os homens foram mais agredidos por violência física (24,39%), violência de repetição (16,8%) e negligência/abandono (13,43%).

A análise por sexo demonstrou que as idosas apresentaram risco 7,5 maior de sofrerem violência sexual, 2,3 maior de

sofrerem violência psicológica, 2 vezes maior probabilidade por violência de repetição e 43% maior risco por violência financeira/ econômica ($p < 0,05$). Porém, os homens apresentaram 35% maior chance de sofrerem agravos por violência física, violência por tortura (28%) e lesão autoprovocada (21%) ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Relacionado ao meio de agressão, houve maior presença desta agressão nas vítimas por força corporal (38,7%), em seguida por ameaça (18,7%) e por outra agressão (18,3%). Sobre os sexos das vítimas, as mulheres sofreram maior

violência por força corporal (22,12%), seguida por ameaça (13,78%) e por outra agressão (10,56%). Enquanto os homens sofreram predominantemente também em primeiro lugar por força corporal (16,62%), porém seguida por outra agressão (7,82%) e por ameaça (4,99%).

Ao ser analisada a Odds Ratio, pode ser observada que as mulheres apresentam 2,3 vezes maior chance de sofrerem ameaças e 1,34 maior risco de serem envenenadas ($p < 0,05$). Porém, os homens apresentaram 84% de maior risco de sofrerem violência por arma de fogo

(OR= 0,16), e 58% de maior chance de serem vítimas por objetivos contundentes e perfuro cortantes (OR= 0,42) ($p < 0,05$). Sobre o agressor, apenas em 27% dos casos houve suspeita do uso de álcool. Sendo usado em maioria por agressoras do sexo feminino (15,90%).

Entre os principais agressores esteve em primeiro lugar o filho(a) 39,42%, seguido por outros vínculos 16,46% e em terceiro lugar ocasionado pela própria pessoa (13,76%). Em comparação aos sexos, as mulheres foram agredidas principalmente pelo filho(a) (25,16%), seguido de outros vínculos (10,36%) e em

Tabela 1 – Notificação de violência contra idosos por regionais de saúde do Estado do Paraná, segundo o sexo, de 2017 a 2019. Maringá, PR, Brasil, 2022

Variáveis	Feminino		Masculino		Total		OR	IC	p
	N	%	N	%	N	%			
Regional de Saúde									
1ª RS Paranaguá	79	1,30	99	1,63	178	2,92	0,57	(0,42-0,76)	0,0002
2ª RS Metropolitana	1.465	24,06	946	15,54	2.411	39,60	1,21	(1,09-1,34)	0,0003
3ª RS Ponta Grossa	112	1,84	54	0,89	166	2,73	1,52	(1,09-2,11)	0,0144
4ª RS Irati	44	0,72	39	0,64	83	1,36	0,81	(0,52-1,26)	0,4232
5ª RS Guarapuava	148	2,43	56	0,92	204	3,35	1,96	(1,43-2,67)	0,0000
6ª RS União da Vitória	36	0,59	35	0,57	71	1,17	0,74	(0,46-1,18)	0,2632
7ª RS Pato Branco	141	2,32	96	1,58	237	3,89	1,06	(0,82-1,39)	0,6656
8ª RS Francisco Beltrão	96	1,58	79	1,30	175	2,87	0,87	(0,65-1,18)	0,4495
9ª RS Foz do Iguaçu	82	1,35	81	1,33	163	2,68	0,72	(0,53-0,99)	0,0553
10ª RS Cascavel	124	2,04	108	1,77	232	3,81	0,82	(0,63-1,07)	0,1801
11ª RS Campo Mourão	58	0,95	71	1,17	129	2,12	0,58	(0,41-0,83)	0,0034
12ª RS Umuarama	20	0,33	25	0,41	45	0,74	0,57	(0,32-1,04)	0,0916
13ª RS Cianorte	12	0,20	4	0,07	16	0,26	2,18	(0,70-6,77)	0,2088*
14ª RS Paranaíba	32	0,53	32	0,53	64	1,05	0,72	(0,44-1,18)	0,2445
15ª RS Maringá	200	3,28	211	3,47	411	6,75	0,66	(0,54-0,81)	0,0001
16ª RS Apucarana	67	1,10	56	0,92	123	2,02	0,86	(0,60-1,24)	0,4893
17ª RS Londrina	620	10,18	380	6,24	1.000	16,42	1,22	(1,06-1,40)	0,0047
18ª RS Cornélio Procopio	12	0,20	26	0,43	38	0,62	0,33	(0,16-0,66)	0,0017
19ª RS Jacarezinho	16	0,26	24	0,39	40	0,66	0,48	(0,25-0,90)	0,3209
20ª RS Toledo	77	1,26	58	0,95	135	2,22	0,96	(0,68-1,36)	0,9021
21ª RS Telêmaco Borba	66	1,08	50	0,82	116	1,91	0,95	(0,66-1,38)	0,8954
22ª RS Ivaiporã	20	0,33	32	0,53	52	0,85	0,45	(0,25-0,79)	0,0066

Fonte: Dados da pesquisa, 2022. *Teste exato de Fischer.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos de idosos vítimas de violência no Estado do Paraná, de 2017 a 2019. Maringá, PR, Brasil, 2022

Variáveis	Feminino		Masculino		Total		OR	IC	P
	N	%	N	%	N	%			
Raça									
Branca	2.610	42,86	1.847	30,33	4.457	73,20	1,12	(0,98-1,27)	0,0780
Não Branca	692	11,36	550	9,03	1.242	20,40	1		
Não informado	225	3,70	165	2,71	390	6,40			
Escolaridade									
<8 anos de estudo	1559	25,60	1153	18,94	2.712	44,54	1,05	(0,91-1,22)	0,4936
> 8 anos de estudo	552	9,07	431	7,08	983	16,14	1		
Não se aplica	4	0,07	6	0,10	10	0,16			
Não informado	1.412	23,19	972	15,96	2.384	39,15			
Local ocorrência									
Residência									
Residência	3.153	51,78	1.854	30,45	5.007	82,23	3,30	(2,86-3,82)	0,0000
Habituação Coletiva	45	0,74	67	1,10	112	1,84	0,47	(0,32-0,69)	0,0001
Escola	5	0,08	6	0,10	11	0,18	0,59	(0,18-1,95)	0,5425*
Local de pratica esportiva	-	0,00	3	0,05	3	0,05			-
Bar ou Similar	20	0,33	60	0,99	80	1,31	0,23	(0,14-0,39)	0,0000
Via pública	141	2,32	350	5,75	491	8,06	0,25	(0,21-0,31)	0,0000
Comércio/Serviços	56	0,92	70	1,15	126	2,07	0,56	(0,39-0,80)	0,0020
Indústrias/construção	-	0,00	2	0,03	2	0,03			-
Outros	64	1,05	86	1,41	150	2,46	0,52	(0,37-0,72)	0,0001
Não informado	43	0,71	64	1,05	107	1,76			-

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 3 - Tipos de violência sofrida por vítimas idosas no Estado do Paraná, entre 2017 a 2019. Maringá, PR, Brasil, 2022

Variáveis	Feminino		Masculino		Total		OR	IC	P
	N	%	N	%	N	%			
Violência repetição									
Sim	1.985	32,60	1.026	16,85	3.011	49,45	2,03	(1,81-2,27)	0,0000
Não	1.067	17,52	1.121	18,41	2.188	35,93	1		
Não informado	475	7,80	415	6,81	890	14,62			
Lesão Autoprovocada									
Sim	432	7,09	379	6,22	811	13,32	0,79	(0,68-0,92)	0,0031
Não	2.980	48,94	2.083	34,21	5.063	83,15	1		
Não informado	115	1,89	100	1,64	215	3,53			
Violência Física									
Sim	1.675	27,51	1.485	24,39	3.160	51,90	0,65	(0,59-0,72)	0,0000
Não	1.836	30,15	1.070	17,57	2.906	47,73	1		

Não informado	16	0,26	7	0,11	23	0,38			
Violência Psico/moral									
Sim	1.299	21,33	519	8,52	1.818	29,86	2,30	(2,04-2,58)	0,0000
Não	2.216	36,39	2.037	33,45	4.253	69,85	1		
Não informado	12	0,20	5	0,10	18	0,30			
Violência Tortura									
Sim	68	1,12	68	1,12	136	2,23	0,72	(0,51-1,01)	0,0724
Não	3.440	56,50	2.484	40,79	5.924	97,29	1		
Não informado	19	0,32	10	0,16	29	0,48			
Violência Sexual									
Sim	100	1,64	10	0,16	110	1,81	7,51	(3,91-14,41)	0,0000
Não	3.410	56,00	2.541	41,73	5.951	97,73	1		
Não informado	17	0,28	11	0,18	28	0,46			
Violência Finan/Econo									
Sim	421	6,91	222	3,65	643	10,56	1,43	(1,20-1,69)	0,0000
Não	3.090	50,75	2.330	38,27	5.420	89,01	1		
Não informado	16	0,27	10	0,16	26	0,43			
Violência Negligência/Aband									
Sim	1.187	19,49	818	13,43	2.005	32,93	1,08	(0,96-1,20)	0,1705
Não	2.330	38,27	1.735	28,49	4.065	66,76	1		
Não informado	10	0,16	9	0,14	19	0,31			

Fonte: Dados da pesquisa, 2022. *Legenda: Finan/econo: Financeira e/ou econômica; Aband: Abandono; Psico: Psicológica.

terceiro lugar pelo cônjuge (7,88%). Os homens foram também agredidos principalmente pelos filhos(as) (14,26%), em seguida por desconhecidos (6,72%) e por si mesmos como agressores (6,55%) (Tabelas 4 e 5).

Ao ser analisada a Odds Ratio, pode ser observado que as mulheres apresentaram 4 vezes maior chance de serem agredidas pela mãe, 2,7 vezes pelo cônjuge, 2 vezes pelo ex-cônjuge, 10 vezes pelo ex-namorado (a), 47% maior risco pelo filho, e 27 % maior chance por outros vínculos em comparação com o sexo masculino ($p < 0,05$). Enquanto os homens apresentaram 55% maior risco de serem agredidos por amigos/conhecidos, 70% maior chance por desconhecido (a), 44% maior por pessoas com relação instantânea, e 24% pela própria pessoa, em comparação com as vítimas do sexo feminino ($p = < 0,05$).

Sobre o desfecho do caso, tanto o en-

caminhamento do setor de saúde, quanto a evolução do caso, as notificações estavam todas em branco, impossibilitando qualquer análise dos dados.

DISCUSSÃO

A partir dos dados apresentados, foi possível observar uma cruel e sádica realidade presenciada no Brasil, a predominância de violência contra as mulheres idosas, sendo observado resultados semelhantes em um estudo realizado em Manaus - AM e outro no Distrito Federal^{8,9}. Sendo esse fato explicado devido um processo histórico e cultural, frutos do machismo e do patriarcado, em que anos atrás os homens possuíam o direito de agredirem as mulheres, assegurado pelo estado por leis¹⁰. Outro fator que impacta em maiores índices de violência as mulheres idosas, está relacionado a estas víti-

mas possuírem maiores comorbidades e limitações, em comparação com o sexo masculino, tornando-se mais vulneráveis a este tipo de agravo⁸.

Sobre a maior presença de vítimas ser da raça/cor branca, foram obtidos resultados semelhantes em estudos de Campinas - SP11 e São Paulo - SP12. Porém foi obtido resultados opostos em uma pesquisa de Manaus - AM8 em que 71% das vítimas eram pardas e de acordo com um levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, no ano de 2019, 66% das mulheres assassinadas eram negras¹³.

Referente a escolaridade das vítimas, em que houve predomínio de vítimas com menor escolaridade, de acordo com um estudo realizado na Índia, a escolaridade é o maior fator de proteção de idosos contra a violência, acima até mesmo de outras variáveis

Tabela 4 - Dados sobre o agressor dos casos de violência em vítimas com 60 anos ou mais com relações afetivas, no estado do Paraná - Brasil, em suas 22 regionais de saúde, no ano de 2017 a 2019.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total		OR	IC	p
	N	%	N	%	N	%			
Suspeita de uso de álcool									
Sim	968	15,90	683	11,22	1.651	27,11	0,94	(0,84-1,07)	0,4248
Não	1.825	29,97	1.223	20,09	3.048	50,06	1		
Não informado	734	12,05	656	10,78	1.390	22,83			
Pai									
Sim	10	0,16	15	0,25	25	0,41	0,47	(0,21-1,06)	0,1015
Não	3.475	57,07	2.496	40,99	5.971	98,06	1		
Não informado	42	0,69	51	0,84	93	1,53			
Mãe									
Sim	17	0,28	3	0,05	20	0,33	4,09	(1,20-14,00)	0,0206*
Não	3.467	56,94	2.508	41,19	5.975	98,13	1		
Não informado	43	0,71	51	0,84	94	1,54			
Padrasto									
Sim	3	0,05	-	0,00	3	0,05			
Não	3.481	57,17	2.511	41,24	5.992	98,41			-
Não informado	43	0,71	51	0,84	94	1,54			
Madrasta									
Sim	4	0,07	-	0,00	4	0,07			-
Não	3.480	57,15	2.512	41,25	5.992	98,41			
Não informado	43	0,71	50	0,82	93	1,53			
Cônjuge									
Sim	480	7,88	140	2,30	620	10,18	2,7	(2,22-3,28)	0,0000
Não	3.001	49,29	2.366	38,86	5.367	88,14	1		
Não informado	46	0,76	56	0,92	102	1,68			
Ex-Cônjuge									
Sim	70	1,15	25	0,41	95	1,56	2,03	(1,28-3,22)	0,0028
Não	3.413	56,05	2.480	40,73	5.893	96,78	1		
Não informado	44	0,72	57	0,93	101	1,64			
Namorado(a)									
Sim	18	0,30	5	0,08	23	0,38	2,59	(0,96-7,00)	0,05705*
Não	3.466	56,92	2.502	41,09	5.968	98,01	1		
Não informado	43	0,71	55	0,90	98	1,61			
Ex-Namorado(a)									
Sim	14	0,23	1	0,02	15	0,25	10,11	(1,32-76,94)	0,0064*
Não	3.470	56,99	2.506	41,16	5.976	98,14	1		
Não informado	43	0,56	47	0,90	98	1,61			
Filho(a)									
Sim	1.532	25,16	868	14,26	2.400	39,42	1,47	(1,32-1,64)	0,0000

Não	1.943	31,91	1.628	26,74	3.571	58,65	1		
Não informado	52	0,86	66	1,08	118	1,94			
Irmão(a)									
Sim	111	1,82	96	1,58	207	3,40	0,82	(0,62-1,08)	0,1987
Não	3.369	55,33	2.404	39,48	5.773	94,81	1		
Não informado	47	0,77	62	1,02	109	1,79			
Amigos/Conhecidos									
Sim	176	2,89	260	4,27	436	7,16	0,45	(0,37-0,56)	0,0000
Não	3.304	54,26	2.241	36,80	5.545	91,07	1		
Não informado	47	0,67	61	1,11	108	1,78			
Cuidador(a)									
Sim	87	1,43	68	1,12	155	2,55	0,91	(0,66-1,26)	0,6519
Não	3.396	55,77	2.432	39,94	5.828	95,71	1		
Não informado	44	0,72	62	1,02	196	1,74			
Própria Pessoa									
Sim	439	7,21	399	6,55	838	13,76	0,76	(0,65-0,88)	0,0003
Não	3.049	50,07	2.114	34,72	5.163	84,79	1		
Não informado	39	0,74	49	0,80	88	1,44			
Outros Vínculos									
Sim	631	10,36	371	6,09	1.002	16,46	1,27	(1,10-1,46)	0,0007
Não	2.846	46,74	2.132	35,01	4.978	81,75	1		
Não informado	50	0,82	59	0,97	109	1,79			

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 5 - Dados sobre o agressor dos casos de violência em vítimas com 60 anos ou mais sem qualquer relação afetiva, no estado do Paraná - Brasil, em suas 22 regionais de saúde, no ano de 2017 a 2019.

Variáveis	Feminino		Masculino		Total		OR	IC	p
	N	%	N	%	N	%			
Desconhecido(a)									
Sim	194	3,19	409	6,72	603	9,90	0,3	(0,25-0,36)	0,0000
Não	3.288	54,00	2.096	34,42	5.384	88,42	1		
Não informado	45	0,74	57	0,93	102	1,67			
Patrão/Chefe									
Sim	3	0,05	2	0,03	5	0,08	1,08	(0,18-6,47)	1,0000*
Não	3.481	57,17	2.507	41,17	5.988	98,34	1		
Não informado	44	0,71	53	0,87	96	1,58			
Pessoas com Relação Instantânea									
Sim	44	0,72	56	0,92	100	1,64	0,56	(0,37-0,83)	0,0053
Não	3.439	56,48	2.452	40,27	5.891	96,75	1		
Não informado	44	0,72	54	0,89	98	1,61			
Policial/ Agente da Lei									
Sim	3	0,05	4	0,07	7	0,11	0,53	(0,12-2,41)	0,4619*

Não	3.482	57,19	2.505	41,14	5.987	98,32	1
Não informado	42	0,69	53	0,87	95	1,56	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

como o nível econômico das vítimas, sugerindo que maior nível de escolaridade depois do ensino fundamental, é capaz de prevenir a violência contra os idosos¹⁴.

Relacionado ao local de ocorrência de violência, que ocorreu predominantemente em ambos os sexos em suas residências, uma das causas deste evento é devido a omissão do estado, que em nossa sociedade negligencia o amparo ao idoso, mesmo sendo de dever constitucional¹⁵. Outro motivo que também leva a agressão contra estas vítimas no domicílio, é devido motivos econômicos, no qual os agressores fazem exploração e apropriação de bens financeiros da vítima, gerando em muitos casos, outros tipos de violência¹⁶. Quanto o maior risco de violência a idosas em seus domicílios, este fato tem como causa a construção social do papel da mulher na sociedade, atrelada a uma maior desvalorização e subordinação até mesmo em seus próprios lares¹⁷.

Quanto ao tipo de violência, foram obtidos resultados semelhantes sobre a maior exposição de idosos do sexo masculino a violência física, em um estudo realizado em um Hospital no Planalto Central e em um estudo em Almenara - MG em que evidenciaram que enquanto os homens sofrem

maiores índices de agressões físicas, as mulheres sofrem outros tipos de violência como a psicológica e a negligência¹⁸⁻¹⁹.

Outro tipo de violência evidenciado, que apresentou maior chance de ser sofrido pelas mulheres é a sexual, agressão na qual é de difícil enfrentamento pelas vítimas por diversas causas como a vergonha, o baixo apoio das vítimas pelas famílias, e da falta de medidas públicas eficazes para realização deste tipo de denúncia²⁰.

CONCLUSÃO

O estudo analisou os fatores associados a violência contra a pessoa idosa, de acordo com o sexo, no estado do Paraná-Brasil no período entre 2017 e 2019 e constatou que as mulheres apresentaram maior chance de serem violentadas em suas residências em comparação aos homens. As vítimas idosas apresentaram maior risco de sofrerem violência de repetição, sexual, psicológica e financeira; enquanto os idosos apresentaram maior risco de sofrerem violência física, tortura e lesão autoprovocada. Os principais agressores das vítimas femininas foram pessoas conhecidas como mãe, conjuge, ex-cônjuge, ex-namorado e filho. Em contrapartida, os homens

idosos apresentaram maior chance de serem agredidos em habitações coletivas, bares ou similares, via pública e em comércios, por grupo de agressores amigos, desconhecidos, pessoas com relação instantânea e a própria vítima.

Espera-se que este estudo ofereça importantes informações sobre as diferentes formas de agressões por sexo e que possibilite o planejamento de intervenções que visam a prevenção da violência contra os idosos e a proteção desta população, evitando que ocorra o crescimento do número de vítimas e graves consequências para a sociedade.

No estudo, a principal limitação foi a subnotificação de casos, o que pode contribuir para que esses resultados se afastem da real dimensão dos acidentes ocorridos, exibindo apenas um vestígio do grave problema presente em nossa população.

COLABORADORES

Todos os autores contribuíram significativamente com a redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; concepção e projeto ou análise e interpretação de dados e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 15/6 - Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2021[cited 2022 Feb 04]. Available from: <https://bvsmis.saude.gov.br/15-6-dia-mundial-de-conscientizacao-da-violencia-contra-a-pessoa-idosa-2/>.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs.

Ageing: World Elder Abuse Awareness Day. Nova Iorque: United Nations, 2021[cited 2022 Feb 03]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/ageing/world-elder-abuse-awareness-day.html>.

3. Brasil. Câmara dos Deputados. Violência contra o Idoso. Brasília: Programas da TV Câmara: Participação Popular, 2022[cited 2020

Feb 02]. Available from: <https://www.camara.leg.br/tv/524124-violencia-contra-o-idoso/>.

4. Universidade Federal de Alagoas. Notícias. Dados confirmam que violência contra idosos cresceu na pandemia. Alagoas: Assessoria de Comunicação, 2021[cited 2020 Jan 02]. Available from: <https://ufal.br/ufal/noticias/2021/6/dados-confirmam-que-violencia-contra-idosos-cresceu-com-a-pandemia>.

5. Hohendorff JV, Paz AP, Freitas CPP, Lawrenz P, Habigzang LF. Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde. *Revista da SPAGESP*. 2018;19(2):64-80. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200006.

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 - Paraná. Brasília: IBGE, 2010[cited 2022 Jan 08]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=0&uf=41>.

7. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Tabnet. Brasília: DATASUS, 2022[cited 2021 Dez 01]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

8. Pedroso AL, Duarte Júnior SR, Oliveira NF. Perfil da pessoa idosa vítima de violência intrafamiliar de um centro integrado de proteção e defesa de direitos em tempos de pandemia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2021;24(6):e210108. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210108>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/w9PYjJTLZdRqVH9YCrX6Cqm/>.

9. Matos NM, Albernaz EO, Sousa BB, Braz MC, Vale MS, Pinheiro HA. Perfil do agressor de pessoas idosas atendidas em um centro de referência em geriatria e gerontologia do Distrito Federal, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2019;22(5):e190095. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190095>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/xZYqVNmDV45B-7v44FZkgbq/abstract/?lang=pt>.

10. Soares MLM, Guimarães NGM, Bonfada D. Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(11):5751-5763. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.25242020>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wVJNj5CVYJYXfmxYhmjxfg/?lang=pt>.

11. Lopes EDS, D'Elboux MJ. Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2021;24(6):e200320. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200320>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/9cffkm8dTNQb5RvdBCsdKcj/>.

12. Machado DR, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(3):1119-1128. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cBqSSWBMrF9bnNv3Dhx-8d7g/?lang=pt>.

13. Cerqueira D. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP, 2021. DOI: <https://doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2021>. Avail-

able from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>.

14. Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India - The role of education. *BMC Public Health*. 2014;14(336):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-336>. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-336>.

15. Rocha RC, Cortês MCJW, Dias EC, Gontijo ED. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. *Saúde em debate*. 2018;42(4):81-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S406>. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dfpcFFbF5wb8vPdpTTLQd>.

16. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Moraes RLGL, Rocha EM. Intrafamily violence and actions strategies of the Family Health team. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(3):828-840. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QJsp6BDwvFvzK5KdTy5k43k/abstract/?lang=en>.

17. Cunha RIM, Oliveira LVA, Lima KC, Mendes TCO. Perfil epidemiológico das denúncias de violência contra a pessoa idosa no Rio Grande do Norte, Brasil (2018-2019). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2021;24(6):e210054. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210054>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/hCfLdqm9VRJ9Xwky3dddns/>.

18. Soares MC, Barbosa AM. Perfil de idosos vítimas de violência atendidos em um hospital de urgências. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Candido Santiago"*. 2020;6(1):18-34. Available from: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/190>.

19. Paiva MM, Niitsuma ENA, Nascimento JS, Prates DP. Perfil epidemiológico dos casos de violência entre idosos no interior do Norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista Família, Ciclos da Vida e Saúde no Contexto Social*. 2019;7(4):431-440. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v7i4.3708>. Available from: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3708>.

20. Gomes JMA, Nascimento V, Ribeiro MNS, Espírito Santo FH, Diniz CX, Souza CRS et al. Abuso sexual sofrido por mulheres idosas: relatos de vivências. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2020;23(1):323-339. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p323-339>. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50572>.

21. Débora Lorena Melo Pereira, Iderlania Maria de Oliveira Sousa, Rita da Graça Carvalho Frazão Correa, Poliana Pereira Costa Rabelo, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira. Processo histórico de mudanças na saúde pública até a implantação da política nacional de atenção básica. *SaudColetiv (Barueri)* [Internet]. 22º de março de 2022 [citado 11º de abril de 2022];12(74):9811-24. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2342>

22. Oliveira, Kênnia Stephanie Moraes et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2018, v. 39 [Acessado 15 Maio 2022] , e57462. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>. Epub 23 Jul 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>.

Factors associated with violence against the elderly in the state of Paraná, Brazil

Fatores associados a violência contra a pessoa idosa no estado do Paraná, Brasil

Factores asociados a la violencia contra los ancianos en el estado de Paraná, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores associados da violência contra a pessoa idosa no Estado do Paraná. Métodos: estudo epidemiológico, transversal, analítico e retrospectivo, sobre as notificações de casos de violência contra a pessoa idosa no estado do Paraná, realizado no período de 2017 a 2019. Os dados foram tabulados em planilha do Excel® e calculadas as medidas de frequência simples e relativas, com auxílio do software Epi-info versão 7.2.3.1. Resultados: idosos de raça branca foram as principais vítimas de violência, sendo as mulheres as mais acometidas. A maior parte das violências ocorreram na residência e foram de natureza física, de repetição e negligência ou abandono. Conclusão: as mulheres apresentam maior risco de sofrerem violência no domicílio, enquanto os homens, em locais públicos. A análise de violência segundo o sexo poderá contribuir para a realização de estratégias diferenciadas na sociedade, de forma a amenizar esse agravo.

DESCRITORES: Violência; Idoso; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: to analyze the associated factors of violence against the elderly in the State of Paraná. Methods: epidemiological, cross-sectional, analytical and retrospective study on notifications of cases of violence against the elderly in the state of Paraná, carried out from 2017 to 2019. Data were tabulated in an Excel® spreadsheet and frequency measures were calculated simple and relative, with the help of Epi-info software version 7.2.3.1. Results: Caucasian elderly were the main victims of violence, with women being the most affected. Most of the violence occurred in the residence and was of a physical nature, repeated and neglected or abandoned. Conclusion: women are at greater risk of experiencing violence at home, while men are at public places. The analysis of violence according to sex can contribute to the implementation of different strategies in society, to alleviate this problem.

DESCRIPTORS: Violence; Elderly; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: analizar los factores asociados a la violencia contra los ancianos en el Estado de Paraná. Métodos: estudio epidemiológico, transversal, analítico y retrospectivo sobre notificaciones de casos de violencia contra ancianos en el estado de Paraná, realizado entre 2017 y 2019. Los datos fueron tabulados en hoja de cálculo Excel® y se calcularon medidas de frecuencia simple y relativa, con la ayuda del software Epi-info versión 7.2.3.1. Resultados: Los ancianos caucásicos fueron las principales víctimas de la violencia, siendo las mujeres las más afectadas. La mayor parte de la violencia ocurrió en la residencia y fue de carácter físico, reiterada y desatendida o abandonada. Conclusión: las mujeres tienen mayor riesgo de experimentar violencia en el hogar, mientras que los hombres lo están en lugares públicos. El análisis de la violencia según el sexo puede contribuir a la implementación de diferentes estrategias en la sociedad, con el fin de paliar este problema.

DESCRIPTORES: Violencia; Anciano; Epidemiología.

RECEBIDO EM: 10/03/2022 **APROVADO EM:** 12/06/2022

Vanessa Neckel Derin

Master's student in Nursing. Collaborating Professor at the State University of Paraná – Campus de Paranavaí- nursing department. paranavaí, PR, Brazil.

ORCID: 0000-0002-3851-538X.

Guilherme Alda Biscola

Master's student in Nursing by the Graduate Program in Nursing from the State University of Maringá. Maringá, PR, Brazil.

ORCID: 0000-0002-8707-7419.

Francielle Renata Danielli Martins Marques

Doctoral student in Nursing at the Postgraduate Program in Nursing at the State University of Maringá. Maringá, PR, Brazil.

ORCID: 0000-0002-8578-9615

Aline Balandis Costa

Doctoral student in Nursing at the Postgraduate Program in Nursing at the State University of Maringá. Maringá, PR, Brazil.

ORCID: 0000-0003-4339-6204

Maria Aparecida Salci

Doctor in Nursing. Professor of the Postgraduate Program in Nursing at the State University of Maringá. Maringá, PR, Brazil.

ORCID: 0000-0002-6386-1962

Lígia Carreira

Post-Doctorate in Nursing. Professor of the Postgraduate Program in Nursing at the State University of Maringá. Maringá, PR, Brazil.

ORCID: 0000-0003-3891-4222

INTRODUCTION

Allover the world, violence against the elderly represents a serious public health problem, which, despite being underreported, has great consequences for its victims.

¹ According to the United Nations (UN), violence against the elderly can be defined as “a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring in any relationship where there is an expectation of trust that causes harm or distress to an older person”. ² It is estimated that in Brazil, every ten minutes an elderly person suffers some type of aggression, causing death on average to 41 of these individuals daily. ³ In 2019 alone, 16,039 cases of violence were reported and in 2020, 25,533. ⁴

The increase in the life expectancy of the Brazilian elderly population has had repercussions for public social and health policies in challenges to ensure aging with quality and dignity. The National Policy for the Elderly (PNI - Política Nacional do Idoso) and the Elderly Statute were mechanisms created to guarantee a better quality of life for this population and minimize the abuses suffered. ^{1,3}

Abuse against the elderly is a serious

problem that has been hidden from the eyes of society for many years. Because it is a social and public health problem, it deserves more attention from health professionals, mainly from Primary Health Care (PHC) regarding the suspicion of cases of any type of violence against the elderly to notify and protect these victims. ¹

Among the types of violence against the elderly, physical violence is the most frequent, followed by psychological and financial violence. ⁵ Brazil has legislation in force to guarantee the rights of the elderly and which deal with the obligation of compulsory professional notification. ⁵ Therefore, it is essential that health professionals pay attention to suspicions of any form of violence that may be perpetrated against the elderly and carry out the notification.

The arrival of the COVID-19 pandemic in Brazil intensified the data on this violence, with a 59% growth in cases in the elderly in Brazil. ⁴ As a consequence of violence, there are damages, which can often be irreversible in its victims, such as early deaths, post-traumatic stress disorder, physical sequelae and suicide attempts. ⁵

Faced with the cases of violence

in Brazil and the constant increase in the elderly population, it is necessary to carry out measures to promote and prevent health, through the planning of specific public policies, being obtained after the identification of vulnerable groups by this condition in order to propose strategies to increase the safety and dignity of the elderly at greater risk of suffering violence. ⁵

With the increase in life expectancy and the elderly population, it is urgent to plan specific public policies for this population. ⁵ Based on the above, the question is: what are the characteristics and associated factors that determine violence against the elderly in the state of Paraná? Thus, this study aimed to analyze the associated factors of violence against the elderly in the State of Paraná.

METHOD

This is an epidemiological, cross-sectional, analytical and retrospective study on notifications of cases of violence against the elderly in the state of Paraná, from 2017 to 2019. The state of Paraná is located in the southern region of Brazil and occupies a geographic area of 199.298,982 km². The

last IBGE Census, carried out in 2010, indicates that the State has 1,316,554 inhabitants over 60 years of age.⁶

Data collection was carried out from September to November 2021, obtained by consulting the individual notification/investigation forms of domestic, sexual and/or other violence present in SINAN (Information System for Notifiable Diseases), provided by the Department of Informatics of the Unified Health System (DATA-SUS).⁷

All forms of notification of violence perpetrated against people aged 60 years or older were included, this being the dependent variable. The independent variables were: regional health, gender (female or male), race (white and non-white), education (≤ 8 years of schooling or > 8 years of schooling), place of occurrence (home or public place), nature of violence (physical, sexual, psychological, neglect, self-harm, repetition, torture or financial), marital status (married or stable union; divorced or separated; single; widowed; others), type of involvement (perpetrator, victim), relationship between victim/perpetrator (with degree of kinship, without degree of kinship), degree of injury (no injury, mild, serious or fatal injury), presumed cause (family friction and friction, drugs, fights and others). The number of inhabitants per region was obtained from data derived from the 2010 census and intercensus estimates, made available by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE).

For analysis, data were tabulated in an Excel® spreadsheet and simple and relative frequency measures were calculated, association measures were estimated using the Odds Ratio and, later, statistical tests were performed using Pearson's Chi-square and Fisher's exact test when the frequencies were less than 6 units. For all analyses, a confidence interval of 95% and a significance level of 5% were considered,

Among the types of violence against the elderly, physical violence is the most frequent, followed by psychological and financial violence.

performed with the aid of the Epi-info software version 7.2.3.1.

The research did not require approval from the Research Ethics Committee of the University, as it is a public domain database, according to Resolution 466/12 of the National Health Council.

RESULTS

We analyzed 6089 reports of violence in the elderly, in the State of Paraná/Brazil, from 2017 to 2019. Among the 22 health regions (RS) in the State, the 2nd RS (39.60%) was the most prevalent, followed by the 17th (16.42%) and 15th (6.75%).

Regarding gender, elderly women were at greater risk of suffering violence in the 5th SR (OR= 1.96 CI= 1.43-2.67 $p= 0.0000$), followed by the 17th SR (OR= 1.22 CI= 1.06-1.40 $p= 0.0047$) and the 2nd (OR= 1.21 CI=1.09-1.34 $p=0.0003$). And the lowest risk of violence for elderly women occurred in the 18th SR (OR= 0.33 CI= 0.16-0.66 $p= 0.0017$), followed by the 22nd RS (OR= 0.45 CI= 0.25-0.79 $p=0.0066$) and the 1st RS (OR= 0.57 CI= 0.42-0.76 $p= 0.0002$) (Table 1).

Regarding the sociodemographic variables, the white elderly were the main victims of violence (73.2%), with women being the most affected (42.86%). Most victims had eight or less years of schooling (44.5%); of these, low schooling was higher among female victims (25.60%). Regarding the place of occurrence, most of the violence occurred in the residence (82.23%), women were at greater risk of being assaulted at home ($p<0.05$), while men were at greater risk of being assaulted in public places ($p<0.05$) (Table 2).

The types of violence with the highest occurrences were: physical violence (51.90%), repeated violence (49.95%) and neglect/abandonment (32.93%). Among the female victims, repeated violence (32.60%), physical

violence (27.51%) and psychological violence (21.3%) predominated. Men were more attacked by physical violence (24.39%), repeated violence (16.8%) and neglect/abandonment (13.43%).

The analysis by sex showed that the elderly women had a 7.5 greater risk of suffering sexual violence, ^{2,3} greater risk of suffering psychological violence, ² times greater probability of repeated violence and 43% greater risk of financial/economic violence ($p < 0.05$). However, men were 35% more likely to suffer injuries from physical violence, violence from torture (28%) and self-

-harm (21%) ($p < 0.05$) (Table 3).

Related to the means of aggression, there was a greater presence of this aggression in victims by physical force (38.7%), then by threat (18.7%) and by another aggression (18.3%). Regarding the sex of the victims, women suffered more violence by physical force (22.12%), followed by threats (13.78%) and other aggression (10.56%). While men suffered predominantly also in the first place by physical force (16.62%), but followed by another aggression (7.82%) and by threat (4.99%).

When analyzing the Odds Ratio,

it can be observed that women are 2.3 times more likely to be threatened and 1.34 times more likely to be poisoned ($p < 0.05$). However, men had an 84% higher risk of violence by firearms (OR= 0.16), and a 58% greater chance of being victims of blunt and sharp objects (OR= 0.42) ($p < 0.05$). Regarding the aggressor, only 27% of the cases were suspected of using alcohol. Mostly used by female aggressors (15.90%).

Among the main aggressors, the child was in first place 39.42%, followed by other bonds 16.46% and in third pla-

Tabela 1 – Notificação de violência contra idosos por regionais de saúde do Estado do Paraná, segundo o sexo, de 2017 a 2019. Maringá, PR, Brasil, 2022

Variables	Female		Male		Total		OR	CI	p
	N	%	N	%	N	%			
Health Regional									
1st RS Paranaguá	79	1,30	99	1,63	178	2,92	0,57	(0,42-0,76)	0,0002
2nd RS Metropolitana	1.465	24,06	946	15,54	2.411	39,60	1,21	(1,09-1,34)	0,0003
3rd RS Ponta Grossa	112	1,84	54	0,89	166	2,73	1,52	(1,09-2,11)	0,0144
4th RS Irati	44	0,72	39	0,64	83	1,36	0,81	(0,52-1,26)	0,4232
5th RS Guarapuava	148	2,43	56	0,92	204	3,35	1,96	(1,43-2,67)	0,0000
6th RS União da Vitória	36	0,59	35	0,57	71	1,17	0,74	(0,46-1,18)	0,2632
7th RS Pato Branco	141	2,32	96	1,58	237	3,89	1,06	(0,82-1,39)	0,6656
8th RS Francisco Beltrão	96	1,58	79	1,30	175	2,87	0,87	(0,65-1,18)	0,4495
9th RS Foz do Iguaçu	82	1,35	81	1,33	163	2,68	0,72	(0,53-0,99)	0,0553
10th RS Cascavel	124	2,04	108	1,77	232	3,81	0,82	(0,63-1,07)	0,1801
11th RS Campo Mourão	58	0,95	71	1,17	129	2,12	0,58	(0,41-0,83)	0,0034
12th RS Umuarama	20	0,33	25	0,41	45	0,74	0,57	(0,32-1,04)	0,0916
13th RS Cianorte	12	0,20	4	0,07	16	0,26	2,18	(0,70-6,77)	0,2088*
14th RS Paranavaí	32	0,53	32	0,53	64	1,05	0,72	(0,44-1,18)	0,2445
15th RS Maringá	200	3,28	211	3,47	411	6,75	0,66	(0,54-0,81)	0,0001
16th RS Apucarana	67	1,10	56	0,92	123	2,02	0,86	(0,60-1,24)	0,4893
17th RS Londrina	620	10,18	380	6,24	1.000	16,42	1,22	(1,06-1,40)	0,0047
18th RS Cornélio Procopio	12	0,20	26	0,43	38	0,62	0,33	(0,16-0,66)	0,0017
19th RS Jacarezinho	16	0,26	24	0,39	40	0,66	0,48	(0,25-0,90)	0,3209
20th RS Toledo	77	1,26	58	0,95	135	2,22	0,96	(0,68-1,36)	0,9021
21st RS Telêmaco Borba	66	1,08	50	0,82	116	1,91	0,95	(0,66-1,38)	0,8954
22nd RS Ivaiporã	20	0,33	32	0,53	52	0,85	0,45	(0,25-0,79)	0,0066

Source: Survey data, 2022. *Fisher's exact test.

Table 2 - Sociodemographic data of elderly victims of violence in the State of Paraná, from 2017 to 2019. Maringá, PR, Brazil, 2022

Variables	Female		Male		Total		OR	CI	p
	N	%	N	%	N	%			
Ethnicity									
White	2.610	42,86	1.847	30,33	4.457	73,20	1,12	(0,98-1,27)	0,0780
Not white	692	11,36	550	9,03	1.242	20,40	1		
Not informed	225	3,70	165	2,71	390	6,40			
Education									
<8 years of study	1559	25,60	1153	18,94	2.712	44,54	1,05	(0,91-1,22)	0,4936
> 8 years of study	552	9,07	431	7,08	983	16,14	1		
Does not apply	4	0,07	6	0,10	10	0,16			
Not informed	1.412	23,19	972	15,96	2.384	39,15			
Place of occurrence									
Home	3.153	51,78	1.854	30,45	5.007	82,23	3,30	(2,86-3,82)	0,0000
Collective Housing	45	0,74	67	1,10	112	1,84	0,47	(0,32-0,69)	0,0001
School	5	0,08	6	0,10	11	0,18	0,59	(0,18-1,95)	0,5425*
Sports practice place	-	0,00	3	0,05	3	0,05			-
Bar or Similar	20	0,33	60	0,99	80	1,31	0,23	(0,14-0,39)	0,0000
Public way	141	2,32	350	5,75	491	8,06	0,25	(0,21-0,31)	0,0000
Commerce / Services	56	0,92	70	1,15	126	2,07	0,56	(0,39-0,80)	0,0020
Industries/construction	-	0,00	2	0,03	2	0,03			-
Others	64	1,05	86	1,41	150	2,46	0,52	(0,37-0,72)	0,0001
Not informed	43	0,71	64	1,05	107	1,76			-

Source: Research data, 2022.

Table 3 - Types of violence suffered by elderly victims in the State of Paraná, between 2017 and 2019. Maringá, PR, Brazil, 2022.

Variables	Female		Male		Total		OR	CI	p
	N	%	N	%	N	%			
Violence repetition									
Yes	1.985	32,60	1.026	16,85	3.011	49,45	2,03	(1,81-2,27)	0,0000
No	1.067	17,52	1.121	18,41	2.188	35,93	1		
Not informed	475	7,80	415	6,81	890	14,62			
Self-harm									
Yes	432	7,09	379	6,22	811	13,32	0,79	(0,68-0,92)	0,0031
No	2.980	48,94	2.083	34,21	5.063	83,15	1		
Not informed	115	1,89	100	1,64	215	3,53			
Physical Violence									
Yes	1.675	27,51	1.485	24,39	3.160	51,90	0,65	(0,59-0,72)	0,0000
No	1.836	30,15	1.070	17,57	2.906	47,73	1		

Not informed	16	0,26	7	0,11	23	0,38			
Psycho/moral violence									
Yes	1.299	21,33	519	8,52	1.818	29,86	2,30	(2,04-2,58)	0,0000
No	2.216	36,39	2.037	33,45	4.253	69,85	1		
Not informed	12	0,20	5	0,10	18	0,30			
Torture Violence									
Yes	68	1,12	68	1,12	136	2,23	0,72	(0,51-1,01)	0,0724
No	3.440	56,50	2.484	40,79	5.924	97,29	1		
Not informed	19	0,32	10	0,16	29	0,48			
Sexual Violence									
Yes	100	1,64	10	0,16	110	1,81	7,51	(3,91-14,41)	0,0000
No	3.410	56,00	2.541	41,73	5.951	97,73	1		
Not informed	17	0,28	11	0,18	28	0,46			
Finan/Econ violence									
Yes	421	6,91	222	3,65	643	10,56	1,43	(1,20-1,69)	0,0000
No	3.090	50,75	2.330	38,27	5.420	89,01	1		
Not informed	16	0,27	10	0,16	26	0,43			
Neglect / Aband violence									
Yes	1.187	19,49	818	13,43	2.005	32,93	1,08	(0,96-1,20)	0,1705
No	2.330	38,27	1.735	28,49	4.065	66,76	1		
Not informed	10	0,16	9	0,14	19	0,31			

Source: Survey data, 2022. *Caption: Finan/econ: Financial and/or economic; Aband: Abandonment; Psycho: Psychological.

ce caused by themselves (13.76%). In comparison to the sexes, women were attacked mainly by the child (25.16%), followed by other bonds (10.36%) and in third place by the spouse (7.88%). Men were also attacked mainly by their children (14.26%), followed by strangers (6.72%) and by themselves as aggressors (6.55%) (Tables 4 and 5).

When analyzing the Odds Ratio, it can be observed that women were 4 times more likely to be assaulted by their mother, 2.7 times for the spouse, 2 times for the ex-spouse, 10 times for the ex-boyfriend, 47% higher risk for the child, and 27 % greater chance for other bonds compared to males ($p < 0.05$). While men had a 55% higher risk of being assaulted by friends/acquaintances, 70% greater chance by stranger (a), 44% greater by people with instant relationship, and 24% by the person themselves, compared to fe-

male victims ($p < 0.05$).

Regarding the outcome of the case, both the referral from the health sector and the evolution of the case, the notifications were all blank, making any data analysis impossible.

DISCUSSION

From the data presented, it was possible to observe a cruel and sadistic reality witnessed in Brazil, the predominance of violence against elderly women, with similar results being observed in a study carried out in Manaus - AM and another in the Federal District.^{8,9} This fact being explained due to a historical and cultural process, fruits of machismo and patriarchy, in which years ago men had the right to attack women, guaranteed by the state by laws.¹⁰ Another factor that impacts older women in higher rates of violence

is related to these victims having greater comorbidities and limitations, compared to males, making them more vulnerable to this type of problem.⁸

Regarding the greater presence of victims being of white race/color, similar results were obtained in studies from Campinas - SP¹¹ and São Paulo - SP.¹² However, opposite results were obtained in a survey in Manaus - AM⁸ in which 71% of the victims were brown and according to a survey carried out by the Institute of Applied Economic Research - IPEA, in 2019, 66% of the murdered women were black.¹³

Regarding the education of the victims, in which there was a predominance of victims with less education, according to a study carried out in India, education is the greatest protective factor of the elderly against violence, above even other variables such as the

Table 4 - Data on the aggressor in cases of violence in victims aged 60 years or older with affective relationships, in the state of Paraná - Brazil, in its 22 health regions, from 2017 to 2019.

Variables	Female		Male		Total		OR	CI	p
	N	%	N	%	N	%			
Suspected alcohol use									
Yes	968	15,90	683	11,22	1.651	27,11	0,94	(0,84-1,07)	0,4248
No	1.825	29,97	1.223	20,09	3.048	50,06	1		
Not informed	734	12,05	656	10,78	1.390	22,83			
Father									
Yes	10	0,16	15	0,25	25	0,41	0,47	(0,21-1,06)	0,1015
No	3.475	57,07	2.496	40,99	5.971	98,06	1		
Not informed	42	0,69	51	0,84	93	1,53			
Mother									
Yes	17	0,28	3	0,05	20	0,33	4,09	(1,20-14,00)	0,0206*
No	3.467	56,94	2.508	41,19	5.975	98,13	1		
Not informed	43	0,71	51	0,84	94	1,54			
Stepfather									
Yes	3	0,05	-	0,00	3	0,05			
No	3.481	57,17	2.511	41,24	5.992	98,41			-
Not informed	43	0,71	51	0,84	94	1,54			
Stepmother									
Yes	4	0,07	-	0,00	4	0,07			-
No	3.480	57,15	2.512	41,25	5.992	98,41			
Not informed	43	0,71	50	0,82	93	1,53			
Spouse									
Yes	480	7,88	140	2,30	620	10,18	2,7	(2,22-3,28)	0,0000
No	3.001	49,29	2.366	38,86	5.367	88,14	1		
Not informed	46	0,76	56	0,92	102	1,68			
Ex-Cônjuge									
Yes	70	1,15	25	0,41	95	1,56	2,03	(1,28-3,22)	0,0028
No	3.413	56,05	2.480	40,73	5.893	96,78	1		
Not informed	44	0,72	57	0,93	101	1,64			
Boyfriend/Girlfriend									
Yes	18	0,30	5	0,08	23	0,38	2,59	(0,96-7,00)	0,05705*
No	3.466	56,92	2.502	41,09	5.968	98,01	1		
Not informed	43	0,71	55	0,90	98	1,61			
Ex-Boyfriend/Ex-Girlfriend									
Yes	14	0,23	1	0,02	15	0,25	10,11	(1,32-76,94)	0,0064*
No	3.470	56,99	2.506	41,16	5.976	98,14	1		
Not informed	43	0,56	47	0,90	98	1,61			
Son/Daughter									

Yes	1.532	25,16	868	14,26	2.400	39,42	1,47	(1,32-1,64)	0,0000
No	1.943	31,91	1.628	26,74	3.571	58,65	1		
Not informed	52	0,86	66	1,08	118	1,94			
Siblings									
Yes	111	1,82	96	1,58	207	3,40	0,82	(0,62-1,08)	0,1987
No	3.369	55,33	2.404	39,48	5.773	94,81	1		
Not informed	47	0,77	62	1,02	109	1,79			
Friends / Acquaintances									
Yes	176	2,89	260	4,27	436	7,16	0,45	(0,37-0,56)	0,0000
No	3.304	54,26	2.241	36,80	5.545	91,07	1		
Not informed	47	0,67	61	1,11	108	1,78			
Caretaker									
Yes	87	1,43	68	1,12	155	2,55	0,91	(0,66-1,26)	0,6519
No	3.396	55,77	2.432	39,94	5.828	95,71	1		
Friends / Acquaintances	44	0,72	62	1,02	196	1,74			
Themselves									
Yes	439	7,21	399	6,55	838	13,76	0,76	(0,65-0,88)	0,0003
No	3.049	50,07	2.114	34,72	5.163	84,79	1		
Not informed	39	0,74	49	0,80	88	1,44			
Other Links									
Yes	631	10,36	371	6,09	1.002	16,46	1,27	(1,10-1,46)	0,0007
No	2.846	46,74	2.132	35,01	4.978	81,75	1		
Not informed	50	0,82	59	0,97	109	1,79			

Source: Research data, 2022.

Table 5 - Data on the aggressor in cases of violence in victims aged 60 years or older without any affective relationship, in the state of Paraná - Brazil, in its 22 health regions, in the year 2017 to 2019..

Variables	Female		Male		Total		OR	CI	p
	N	%	N	%	N	%			
Unknown									
Yes	194	3,19	409	6,72	603	9,90	0,3	(0,25-0,36)	0,0000
No	3.288	54,00	2.096	34,42	5.384	88,42	1		
Not informed	45	0,74	57	0,93	102	1,67			
Boss									
Yes	3	0,05	2	0,03	5	0,08	1,08	(0,18-6,47)	1,0000*
No	3.481	57,17	2.507	41,17	5.988	98,34	1		
Not informed	44	0,71	53	0,87	96	1,58			
People with Instant Relationship									
Yes	44	0,72	56	0,92	100	1,64	0,56	(0,37-0,83)	0,0053
No	3.439	56,48	2.452	40,27	5.891	96,75	1		
Not informed	44	0,72	54	0,89	98	1,61			

Police / Law Enforcement

Yes	3	0,05	4	0,07	7	0,11	0,53	(0,12-2,41)	0,4619*
No	3.482	57,19	2.505	41,14	5.987	98,32	1		
Not informed	42	0,69	53	0,87	95	1,56			

Source: Research data, 2022.

economic level of the victims, suggesting that a higher level of education after elementary school is capable of preventing violence against the elderly.¹⁴

Related to the occurrence of violence place, which occurred predominantly in both sexes in their homes, one of the causes of this event is due to the omission of the state, that in our society neglects the protection of the elderly, even though it is a constitutional duty.¹⁵ Another reason that also leads to aggression against these victims at home is due to economic reasons, in which the aggressors exploit and appropriate the victim's financial assets, generating in many cases other types of violence.¹⁶ As for the greater risk of violence against elderly women in their homes, this fact is caused by the social construction of the role of women in society, linked to a greater devaluation and subordination even in their own homes.¹⁷

As for the type of violence, similar results were obtained regarding the greater exposure of elderly males to physical violence, in a study carried out in a Hospital in the Central Plateau and in a study in Almenara - MG in which they showed that while men suffer higher rates of physical aggression,

women suffer other types of violence such as psychological and neglect.¹⁸⁻¹⁹

Another type of violence evidenced, which was more likely to be suffered by women is sexual, aggression in which it is difficult for victims to face for various causes such as shame, the low support of the victims by the families, and the lack of effective public measures to carry out this type of complaint.²⁰

CONCLUSION

The study analyzed the factors associated with violence against the elderly, according to sex, in the state of Paraná-Brazil in the period between 2017 and 2019 and found that women were more likely to be raped in their homes compared to men. Elderly victims were at greater risk of repeating sexual, psychological and financial violence; while the elderly were at greater risk of suffering physical violence, torture and self-harm.

The main aggressors of female victims were people known as mother, spouse, ex-spouse, ex-boyfriend and son. On the other hand, elderly men were more likely to be attacked in collective housing, bars or similar, on pu-

blic ways and in shops, by a group of aggressors who were friends, strangers, people with an instant relationship and the victim himself.

It is hoped that this study will provide important information on the different forms of aggression by sex and that it will enable the planning of interventions aimed at preventing violence against the elderly and protecting this population, preventing the growth of the number of victims and serious consequences for society.

In the study, the main limitation was the underreporting of cases, which may contribute to these results deviating from the real dimension of the accidents that occurred, showing only a vestige of the serious problem present in our population.

COLLABORATORS

All authors contributed significantly to the writing of the article or relevant critical review of the intellectual content; conception and design or analysis and interpretation of data and final approval of the version to be published.

REFERENCES

1. Brasil. Ministério da Saúde. 15/6 - Dia Mundial de Conscientização da Violência Contra a Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2021[cited 2022 Feb 04]. Available from: <https://bvsmis.saude.gov.br/15-6-dia-mundial-de-conscientizacao-da-violencia-contra-a-pessoa-idosa-2/>.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Ageing: World Elder Abuse Awareness Day. Nova Iorque: United Nations, 2021[cited 2022 Feb 03]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/ageing/world-elder-abuse-awareness-day.html>.
3. Brasil. Câmara dos Deputados. Violência contra o Idoso. Brasília: Programas da TV Câmara: Participação Popular, 2022[cited 2020 Feb 02]. Available from: <https://www.camara.leg.br/tv/524124-violencia-contra-o-idoso/>.

4. Universidade Federal de Alagoas. Notícias. Dados confirmam que violência contra idosos cresceu na pandemia. Alagoas: Assessoria de Comunicação, 2021[cited 2020 Jan 02]. Available from: <https://ufal.br/ufal/noticias/2021/6/dados-confirmam-que-violencia-contra-idosos-cresceu-com-a-pandemia>.
5. Hohendorff JV, Paz AP, Freitas CPP, Lawrenz P, Habigzang LF. Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde. *Revista da SPAGESP*. 2018;19(2):64-80. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200006.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 - Paraná. Brasília: IBGE, 2010[cited 2022 Jan 08]. Available from: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=0&uf=41>.
7. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Tabnet. Brasília: DATASUS, 2022[cited 2021 Dez 01]. Available from: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.
8. Pedrosa AL, Duarte Júnior SR, Oliveira NF. Perfil da pessoa idosa vítima de violência intrafamiliar de um centro integrado de proteção e defesa de direitos em tempos de pandemia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2021;24(6):e210108. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210108>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/w9PYjTLZdRqvH9YCrX6Cqm/>.
9. Matos NM, Albarnaz EO, Sousa BB, Braz MC, Vale MS, Pinheiro HA. Perfil do agressor de pessoas idosas atendidas em um centro de referência em geriatria e gerontologia do Distrito Federal, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2019;22(5):e190095. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190095>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/xZYqVNmDV45B-7v44FZkgbfq/abstract/?lang=pt>.
10. Soares MLM, Guimarães NGM, Bonfada D. Tendência, espacialização e circunstâncias associadas às violências contra populações vulneráveis no Brasil, entre 2009 e 2017. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(11):5751-5763. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.25242020>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wVJN5CVYJYNxfmzYhmjxf/?lang=pt>.
11. Lopes EDS, D'Elboux MJ. Violência contra a pessoa idosa no município de Campinas, São Paulo, nos últimos 11 anos: uma análise temporal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2021;24(6):e200320. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200320>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/9cffkm8dTNQB5RvdBCsdKcj/>.
12. Machado DR, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML. Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(3):1119-1128. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cBqSSWBMrF9bnNv3Dhx-8d7g/?lang=pt>.
13. Cerqueira D. Atlas da Violência 2021. São Paulo: FBSP, 2021. DOI: <https://doi.org/10.38116/riatlasdaviolencia2021>. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>.
14. Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India - The role of education. *BMC Public Health*. 2014;14(336):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-336>. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-336>.
15. Rocha RC, Cortês MCJW, Dias EC, Gontijo ED. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. *Saúde em debate*. 2018;42(4):81-94. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S406>. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dfpcfFbF5wb8vPdFpTTLQd>.
16. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Morais RLGL, Rocha EM. Intrafamily violence and actions strategies of the Family Health team. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(3):828-840. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>. Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QJsp6BdWvFvzK5KdTy5k43k/abstract/?lang=en>.
17. Cunha RIM, Oliveira LVA, Lima KC, Mendes TCO. Perfil epidemiológico das denúncias de violência contra a pessoa idosa no Rio Grande do Norte, Brasil (2018-2019). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2021;24(6):e210054. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210054>. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/hCfLdqm9VRJ9Xwkyy3dddns/>.
18. Soares MC, Barbosa AM. Perfil de idosos vítimas de violência atendidos em um hospital de urgências. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Candido Santiago"*. 2020;6(1):18-34. Available from: <https://www.revista.esap.gov.br/index.php/resap/article/view/190>.
19. Paiva MM, Niitsuma ENA, Nascimento JS, Prates DP. Perfil epidemiológico dos casos de violência entre idosos no interior do Norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista Família, Ciclos da Vida e Saúde no Contexto Social*. 2019;7(4):431-440. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v7i4.3708>. Available from: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3708>.
20. Gomes JMA, Nascimento V, Ribeiro MNS, Espírito Santo FH, Diniz CX, Souza CRS et al. Abuso sexual sofrido por mulheres idosas: relatos de vivências. *Revista Kairós-Gerontologia*. 2020;23(1):323-339. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p323-339>. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50572>.
21. Débora Lorena Melo Pereira, Iderlania Maria de Oliveira Sousa, Rita da Graça Carvalho Frazão Correa, Poliana Pereira Costa Rabelo, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira. Processo histórico de mudanças na saúde pública até a implantação da política nacional de atenção básica. *SaudColetiv (Barueri) [Internet]*. 22º de março de 2022 [citado 11º de abril de 2022];12(74):9811-24. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2342>
22. Oliveira, Kênnia Stephanie Morais et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. *Revista Gaúcha de Enfermagem [online]*. 2018, v. 39 [Acessado 15 Maio 2022], e57462. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>. Epub 23 Jul 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>.

Tendência da produção científica da enfermagem acerca do abuso sexual infantil: Revisão narrativa

The scientific nursing production trend about child sexual abuse: Narrative review

Trends in scientific production in nursing about child sexual abuse: A narrative review

RESUMO

Objetivo: identificar a tendência da produção científica da enfermagem acerca do abuso sexual infantil. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada entre outubro e novembro de 2021, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online. Na LILACS utilizou-se as seguintes palavras-chave: “abuso sexual infantil AND enfermagem”, “abuso sexual na infância AND cuidados de enfermagem”. E, na SciELO: “abuso sexual infantil” AND enfermagem”. Selecionou-se 16 artigos. **Resultados:** identificou-se que os estudos possuem uma tendência em discorrer sobre o perfil de crianças abusadas sexualmente, que são na maioria do sexo feminino, e como ocorre a abordagem às crianças pela enfermagem e pela família, o qual mostram que esses não se sentem preparados para lidar com casos de abuso em crianças. **Conclusão:** é importante que os profissionais, bem como a família e a escola saibam identificar e estejam preparados para evitar as situações de violência.

DESCRITORES: Enfermagem; Abuso sexual infantil; Violência infantil.

ABSTRACT

Objective: to identify the trend of scientific production in nursing about child sexual abuse. **Method:** This is a narrative literature review, held between October and November 2021, in the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences and Scientific Electronic Library Online databases. In LILACS, the following keywords were used: “child sexual abuse AND nursing”, “child sexual abuse AND nursing care”. And, At the SciELO step: “child sexual abuse” AND nursing”. 16 articles were selected. **Results:** it was identified that studies have a tendency to discuss the profile of sexually abused children, who are mostly female, and how nursing and family approach children, which show that they do not feel prepared to deal with abuse cases in children. **Conclusion:** it is important that professionals, as well as the family and the school know how to identify and be prepared to avoid situations of violence.

DESCRIPTORS: Nursing; Child sexual abuse; Child violence.

RESUMEN

Objetivo: identificar la tendencia de la producción científica en enfermería sobre el abuso sexual infantil. **Método:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura, hecha entre octubre y noviembre de 2021, en las bases de datos Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences y Scientific Electronic Library Online. En LILACS se utilizaron las siguientes palabras claves: “abuso sexual infantil Y enfermería”, “abuso sexual infantil Y atención de enfermería”. Y, En el paso SciELO: “abuso sexual infantil” Y enfermería”. Se seleccionaron 16 artículos. **Resultados:** se identificó que los estudios tienden a discutir el perfil de los niños abusados sexualmente, que en su mayoría son mujeres, y cómo la enfermería y la familia abordan a los niños, lo que demuestra que no se sienten preparados para enfrentar los casos de abuso en niños. **Conclusión:** es importante que los profesionales, así como la familia y la escuela sepan identificar y estar preparados para evitar situaciones de violencia.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería; Enfermería; Abuso sexual infantil; Violencia infantil.

RECEBIDO EM: 04/02/2022 APROVADO EM: 28/05/2022

Camila Oliveira Frison

Estudante do curso de enfermagem da Universidade Franciscana.
ORCID: 0000-0002-4477-4724

Fabiana Porto da Silva

Professora do curso de enfermagem da Universidade Franciscana.
ORCID: 0000-0001-5450-2602

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Professora do curso de enfermagem e do Programa Mestrado Profissional em Saúde Materno infantil da Universidade Franciscana.

ORCID: 0000-0003-0759-7113

Andressa da Silveira

Professora do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões

ORCID: 0000-0002-4182-4714

Janine Vasconcelos

Professora do curso de enfermagem da Universidade Franciscana.

ORCID: 0000-0002-8150-4213

Patricia Cristiane da Costa Dutra

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Santa Maria.

ORCID: 0000-0002-5741-068X

Bruna Skrebsky

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Santa Maria.

ORCID: 0000-0002-8337-4555

Regina Gema Santini Costenaro

Professora do curso de enfermagem e do Programa Mestrado Profissional em Saúde Materno infantil da Universidade Franciscana.

ORCID: 0000-0001-8657-2066

Paola Piovenzano de Soliz

Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria.

ORCID: 0000-0002-7118-0710

Keity Laís Siepmann Soccol

Professora do curso de enfermagem e do Programa Mestrado Profissional em Saúde Materno infantil da Universidade Franciscana.

ORCID: 0000-0002-7071-3124

INTRODUÇÃO

O abuso sexual infantil é caracterizado quando o corpo de uma criança é utilizado por alguém para suprir a satisfação sexual do abusador, o qual possui uma relação de autoridade. Pode ocorrer pela manipulação de genitálias, mamas ou ânus, pela prática de carícias, de pornografia ou pela realização do ato sexual, seja ele com ou sem penetração¹.

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa que for menor de 12 anos de idade incompletos. Assim, qualquer pessoa que estiver nessa faixa etária e sofrer algum abuso sexual é considerado vítima de abuso infantil². O abuso sexual é crime, pois a vítima ainda não possui

maturação biológica e não tem discernimento de decisões em virtude de assimetrias de idade e da relação de poder com o abusador³. As crianças com idades de zero a nove anos, as quais sofrem ou sofreram abuso sexual, representam 35% das notificações, assim corresponde ao segundo maior tipo de violência⁴.

A partir do momento em que o abuso acontece, sobretudo quando o cérebro está em formação, pode afetar o desenvolvimento neuronal da criança⁵. Desse modo, ela pode ter consequências como danos cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais⁶. Os efeitos na saúde mental podem aparecer através de pesadelos, pavor noturno, enurese, problemas escolares, dificuldade na aprendizagem e isolamento. Essas são algumas manifestações que a criança pode apre-

sentar⁷. Vale ressaltar que a baixa autoestima é umas das alterações mais frequentes nas vítimas de abuso sexual e também de maior gravidade, pois pode perpetuar até sua idade adulta⁸.

A maioria dos casos de abuso sexual infantil é de difícil detecção, alguns sintomas podem ser observados e assim auxiliam na detecção. Nas primeiras 48 horas após o crime, os sintomas físicos são mais observáveis, como sangramentos, lesões e hematomas pelo corpo e genitálias, e em alguns casos podem aparecer infecções sexualmente transmissíveis⁹.

A violência é um problema impactante na vida da vítima e das pessoas do seu círculo familiar. Desse modo, a assistência às vítimas de violência deve ser priorizada, pois apesar de muitas

não apresentarem sintomas clínicos, há outros fatores que também devem ser levados em conta, principalmente os danos psicológicos, o que requer um olhar diferenciado a elas¹⁰.

Conforme dados divulgados em 2018, pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, no Brasil no período de 2011 a 2017 foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo 58.037 contra crianças e 83.068 em adolescentes. 76,5% dos casos de violências sexual são constatados nesses dois cursos de vida. Isso aponta a complexidade dessa problemática¹¹. Esses dados evidenciam que o número de notificações de abuso sexual é elevado. Nesse sentido, a enfermagem tem um papel importante no que tange à assistência às vítimas e aos familiares.

Diante da importância dessa temática, este estudo tem como objetivo identificar a tendência da produção científica da enfermagem acerca do abuso sexual infantil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura, que foi realizada por meio da base de dados eletrônica Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de outubro e novembro de 2021.

Na LILACS utilizou-se as seguintes palavras-chave: “abuso sexual infantil AND enfermagem”, “abuso sexual na infância AND cuidados de enfermagem”. E, na SciELO: “abuso sexual infantil” AND enfermagem”. Para maior abrangência do tema estudado, não se utilizou o recorte temporal. Foram empregados os critérios de inclusão a seguir: artigos que respondam ao objetivo do estudo e artigos à disposição online e na íntegra, no idioma português. Os critérios de exclusão foram: dissertações, teses, manuais ministeriais e resumos incompletos.

Como questão norteadora teve-se: qual a tendência da produção científica

da enfermagem acerca do abuso sexual infantil?

A busca da LILACS resultou em 25 estudos, dos quais foram utilizados 11 artigos. E, na SCIELO a pesquisa resultou em 10 artigos, dos quais foram analisados 5. Então, estudou-se na íntegra um total de 16 artigos. Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo temática proposta por Minayo¹². Assim, seguiu-se as seguintes etapas: pré-análise, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos e o tratamento dos resultados obtidos e interpretações.

RESULTADOS

Na apresentação dos resultados das informações, os dados foram organizados em um quadro sinóptico que contém o código de identificação, a base de dados, o título, o objetivo e os principais resultados. Os artigos estão listados no Quadro de corpus de análise.

A maioria dos artigos foram publicados na LILACS⁽¹¹⁾ e SCIELO⁽⁵⁾. E, quanto à análise temática, foi possível elaborar a construção de duas categorias: Perfil de crianças abusadas sexu-

Quadro 1 - Artigos listados

Nº	Título do artigo	Base	Local do estudo	Ano
A1	Cuidado à família de crianças em situação de abuso sexual baseado na teoria humanística.	LILACS	Entidade não governamental em Fortaleza-CE.	2007
A2	Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados.	LILACS	Sistema de Informação de Agravos de Notificação	2020
A3	Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio.	LILACS	Programa Sentinela em Sobral – Ceará	2010
A4	Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus-tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE.	LILACS	Hospital de emergência, no Município de Fortaleza, Ceará	2001
A5	Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual.	LILACS	Estratégia de Saúde da Família	2012
A6	Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar.	LILACS	Unidade de emergência hospitalar	2010
A7	Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes.	LILACS	Revisão de literatura	2011

almente e Abordagem às crianças pela enfermagem e pela família.

DISCUSSÃO

Perfil de crianças abusadas sexualmente

No que se refere ao perfil das vítimas de violência sexual, os estudos apontam que a maioria das crianças abusadas foram do sexo feminino (A2, A3, A11, A13, A14, A15, A16). No entanto, apenas um dos estudos identificou o predomínio em crianças do sexo masculino (A4). E, quanto à faixa etária das vítimas do sexo feminino, há uma variação entre 8 e 14 anos. Demais características constatadas foram quanto à cor da pele, a maioria era de cor branca, quanto à renda, sendo a maior parte de baixa renda (A15), e quanto à escolaridade, pois grande parte estava cursando o ensino fundamental (A11). Nos meninos, a maior incidência é na faixa etária de 5 a 9 anos de idade (A14).

As meninas são a principais vítimas de abuso sexual infantil¹³. Porém, ainda existem casos de abuso sexual contra meninos, mas esses dados são pouco divulgados devido ao preconceito, tanto no que engloba a prevalência de abuso sexual nos meninos, bem como das características que os abusadores possuem¹⁴.

No que se refere ao local em que os abusos aconteceram, a maioria deles ocorreu no ambiente familiar, principalmente dentro da própria residência (A2, A12, A16), seguida da escola (A10). E, no que se refere à característica dos abusadores, a maior parte deles era do sexo masculino, no entanto também aparecem mulheres como sendo as agressoras (A13, A14). Os pais (A2, A16, A8, A9), padrastos (A3, A8, A9, A12), cunhados, namorados, conhecidos (A3) e vizinhos (A8) são os principais abusadores (A15).

Apenas um estudo mostrou que o agressor era desconhecido da família (A9). Os agressores se utilizam do vínculo e da relação de confiança e de leal-

A8	Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI.	LILACS	Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual (SAM-VVIS)	2008
A9	Imaginário de mães de crianças vítimas de abuso sexual: um ideal de superação.	LILACS	organização governamental integrante da Rede de Apoio e Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Abuso Físico, Sexual, Psicológico, Exploração do Trabalho Infantil e Tráfico Infanto-juvenil em Fortaleza-CE.	2010
A10	Violência contra criança e adolescente: rompendo o silêncio.	LILACS	Escola pública na comunidade Santo Amaro, Recife-PE	2019
A11	Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000.	LILACS	Centro de Referência da Criança e do Adolescente, na Central de Atendimento Básico, através do Dique Denúncia	2004
A12	Caracterização da violência sexual em um estado da região sudeste do Brasil.	SciELO	Banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação obtido na Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais	2019
A13	Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero.	SciELO	Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente	2012
A14	Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil.	SciELO	Conselhos Tutelares e programas de atendimento do município de Londrina-PR	2010
A15	Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela.	SciELO	Prontuários de casos registrados no Programa Sentinela	2008
A16	Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência.	SciELO	Conselho Tutelar e no Programa Sentinela, do município de Itajaí – SC	2005

Fonte, autor.

dade para se aproveitar da situação e realizar a agressão, desse modo ele silencia a criança por ser uma pessoa do mesmo âmbito familiar, como pais, mães, tios, avós e irmãos¹⁵. Quando há algum vínculo de parentesco com as vítimas, os familiares por vezes fazem uma barreira de proteção do agressor¹⁶.

No que se refere aos casos de reincidência de violência infantil, a maioria dos casos aconteceu no meio intrafamiliar e, por conta da negligência, houve reincidência da violência contra a vítima. Como principal agressora aparece a mãe (A13). O abuso sexual infantil pode gerar consequências irreparáveis para a criança e, caso nada seja feito para evitar as reincidências, essas consequências podem ser ainda piores, principalmente quando o agressor é uma pessoa próxima da família ou que está inserido no ambiente intrafamiliar¹⁷.

Abordagem às crianças pela enfermagem e pela família

Os estudos evidenciam que os profissionais de saúde se sentem despreparados e desprotegidos quando se deparam com casos de abuso sexual infantil (A5, A6). Ainda, os enfermeiros não sabem quais providências devem ser tomadas nas unidades básicas de saúde para confirmação ou não da suspeita de abuso sexual (A5).

A falta de capacitação aliada ao medo de atuar na prevenção e notificação, a desqualificação para lidar com a vítima de violência sexual infantil, o medo do agressor, a insegurança, não saber para onde encaminhar a vítima são alguns dos sentimentos que os profissionais vivenciam no cotidiano do trabalho¹. É importante que haja uma educação permanente para que os enfermeiros se sintam mais preparados e seguros para quando for preciso atuar no atendimento de crianças vítimas de abuso sexual¹⁸.

No entanto os profissionais têm a percepção de que a criança chega assustada, coagida e insegura, por essa razão, eles precisam exercer um cuidado demonstrando o amor e carinho para que

[...] a assistência às vítimas de violência deve ser priorizada, pois apesar de muitas não apresentarem sintomas clínicos, há outros fatores que também devem ser levados em conta, principalmente os danos psicológicos, o que requer um olhar diferenciado a elas

a criança se sinta acolhida (A6). Nesse sentido, é importante que elas sejam acolhidas sob a perspectiva do cuidado integral e que a assistência prestada seja humanizada¹⁹.

As consequências psicológicas e orgânicas que as crianças sofreram frente ao abuso sexual ainda carecem de mais informações (A11). Nesse sentido, destaca-se que a atenção à saúde das crianças e adolescentes é tratada como um trabalho multiprofissional, sendo um desafio para o setor da saúde que necessita de mudança de paradigma para o enfrentamento do problema (A7). O enfermeiro, juntamente com uma equipe multiprofissional, deve ter habilidades e competências específicas que auxiliem na intervenção estratégica com foco na promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos pacientes²⁰.

Os estudos também apontam que os familiares das vítimas também se sentem despreparados para ajudá-las, bem como não têm conhecimento suficiente sobre as consequências desse abuso para as crianças (A1). Cada família tem um modo de entender e caracterizar o abuso sexual infantil, e isso é de extrema importância, pois essa caracterização pode acarretar proteção ou exposição desse indivíduo²¹.

CONCLUSÃO

O abuso sexual infantil ocorre em grande frequência, o que gera preocupação social. Infelizmente essa realidade vem aumentando cada vez mais, a qual aliada ao despreparo dos profissionais frente ao atendimento e ao acompanhamento das vítimas, torna ainda mais difícil lidar com essa questão.

A grande maioria das crianças que são vítimas do abuso sexual infantil são do sexo feminino e os casos acontecem sobretudo no ambiente intrafamiliar. Dessa forma, é importante que os profissionais, bem como a família e a escola saibam identificar e estejam preparados para evitar as situações de violência.

REFERÊNCIAS

1. Aleluia E dos S, de Carvalho MLR, Bomfim VVB da S, Dias MA dos S, Leal V de M, de Almeida AOLC, et al. Repercussões do abuso e exploração sexual na criança e adolescente e a importância da qualificação da enfermagem frente aos casos: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 52:e3617. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e3617.2020>
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 13 jul. 1990.
3. Meira JS, Bezerra MHO. Feridas da infância: repercussões da violência no desenvolvimento psíquico da criança. *Revista Expressão Católica*. [Internet]. 2013 [cited 2021 nov 20]; 2(2):97-113. Available from: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/rec/article/view/1326/1089>
4. Melo F, Roberto NTS, Cavalcante JHA, Soares ACO. Assistência de Enfermagem a crianças vítimas de abuso sexual no serviço de saúde do Brasil. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS*. [Internet]. 2019 [cited 2022 mai 25]; 5(3):49-62. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fit-s-biosaude/article/view/6167>
5. Sanches L da C, Araujo G de, Ramos M, Rozin L, Rauli PMF. Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*. [Internet]. 2019 [cited 2021 nov 14]; 9:1-13. Available from: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/9654>
6. Tavares BB, Santos VE da S, Lira GFC de, Gondim KM de L, Targino GC. Abuso sexual na infância e as sequelas no desenvolvimento psicológico das vítimas. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 8(2):102-115. Available from: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RDGP/article/view/7871>
7. Conceição MIG, Costa LF, Penso MA, Williams LCA. Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção. *Psicol. clin.*, [Internet]. 2020. [cited 2022 mai 25]; 32(1):101-21, 2020. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652020000100006
8. Lira MOSC, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes NP, Diniz NMF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. *Texto Contexto - Enferm.*, [Internet]. 2017. [cited 2022 mai 25]; 26(3):e0080016. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Fq8Cg6F7bcbZRNhxqKTMTR/abstract/?lang=pt#>
9. Oliveira VC, Sartori CMT. D. Um olhar sobre o abuso sexual infantil. *Cadernos de Psicologia*. [Internet]. 2019. [cited 2022 mai 25]; 01(02): 846-863. Available from: <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2522/0>
10. Silva MS, Milbrath VM, Santos BA dos, Bazzan JS, Gabatz RIB, Freitag VL. Assistência de enfermagem à criança/adolescente vítima de violência: revisão integrativa. *Rev Fun Care Onlin*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 12:114-122. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047782>
11. Brasil. Ministério da saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Boletim Epidemiológico. Secretária de Vigilância em Saúde*. [Internet]. 2018. [cited 2022 mai 25]; 49(27):1-17. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/2018-024.pdf>
12. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
13. Nunes ACP, Carvalho CTC de, Silva FG da, Fonseca PC dos SB da. Violência infantil no Brasil e suas consequências psicológicas: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 6(10):79408-41. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18453/14870>
14. Conceição MIG, Costa LF, Penso MA, Williams LC de A. Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção. *Psicol. clin.*, [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 32(1):101-121. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652020000100006
15. Moura R de O, Maksoud N de O, Marques HR. A revelação do abuso sexual intrafamiliar infantil: proteção da vítima e responsabilização do agressor. *Lex Cult Revista do CCFJ*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 4(3):14-35. Available from: <http://lexcultccjf.trf2.jus.br/index.php/LexCult/article/view/424>
16. Lima NS, Wiggers R. Entre sangue e afinidade: dilemas de parentes em casos de abuso sexual no Amazonas. *Aceno - Revista de Antropologia do Centro-Oeste*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 7(14):157-76. Available from: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YXIV-x4F3N8J:https://www.academia.edu/Documents/in/Viol%25C3%25AAncia_sexual+%&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
17. Pereira FVL, da Silva DMF, Timbó M do ST, Leitão CS, Leitão ACSB, Lourinho LA. Abuso sexual infantil e aprendizagem: caminhos possíveis na psicopedagogia. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2021 [cited 2021 nov 17]; 10(12):e39101220047. Available from: <https://www.sciit.net/article/ee005ec7f7354a0d71bbdc547e304974>
18. Rocha WDR, Silva KG, Sousa KSS. Interdisciplinary actions of nurses to children and adolescents victims of sexual violence: an integrative review. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2021 [cited 2021 nov 14]; 10(14):e179101421975, 2021. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21975>
19. Jardim FA, Sezefredo FP, Rodriguez CAH, Peres LS, Santos MLR, Santos MLR, Ignacio DS. Assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual: relato de experiência. *Saúde Coletiva (Barueri)*. [Internet]. 2020 [cited 2022 mai 24]; 9(48):1309-13. Available from: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saude-coletiva/article/view/88>
20. França AHR, Carvalho PRd a S, Monteiro VCM, Silva AJQ, Fernandes DA, Souza IMJ de, Pinto MKG, Peixoto WQ. Atribuições do enfermeiro na assistência e no apoio psicossocial prestados à vítimas do abuso sexual infantil. *Brazilian Journal of Health Review*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 3(3):6863-79. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/12148>
21. Rodrigues AP, Ferreira BN, Barros JB, Pedrosa RG, Barros YS, Gomes AH, et al. O silêncio sobre abuso sexual infantil: concepções e prevenções no âmbito familiar. *Redes - Revista Interdisciplinar do IELUSC*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 11]; 1(3):131-144. Available from: <http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/61>

The scientific nursing production trend about child sexual abuse: Narrative review

Tendência da produção científica da enfermagem acerca do abuso sexual infantil: Revisão narrativa

Trends in scientific production in nursing about child sexual abuse: A narrative review

RESUMO

Objetivo: identificar a tendência da produção científica da enfermagem acerca do abuso sexual infantil. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada entre outubro e novembro de 2021, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online. Na LILACS utilizou-se as seguintes palavras-chave: “abuso sexual infantil AND enfermagem”, “abuso sexual na infância AND cuidados de enfermagem”. E, na SciELO: “abuso sexual infantil” AND enfermagem”. Selecionou-se 16 artigos. **Resultados:** identificou-se que os estudos possuem uma tendência em discorrer sobre o perfil de crianças abusadas sexualmente, que são na maioria do sexo feminino, e como ocorre a abordagem às crianças pela enfermagem e pela família, o qual mostram que esses não se sentem preparados para lidar com casos de abuso em crianças. **Conclusão:** é importante que os profissionais, bem como a família e a escola saibam identificar e estejam preparados para evitar as situações de violência.

DESCRITORES: Enfermagem; Abuso sexual infantil; Violência infantil.

ABSTRACT

Objective: to identify the trend of scientific production in nursing about child sexual abuse. **Method:** This is a narrative literature review, held between October and November 2021, in the Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences and Scientific Electronic Library Online databases. In LILACS, the following keywords were used: “child sexual abuse AND nursing”, “child sexual abuse AND nursing care”. And, At the SciELO step: “child sexual abuse” AND nursing”. 16 articles were selected. **Results:** it was identified that studies have a tendency to discuss the profile of sexually abused children, who are mostly female, and how nursing and family approach children, which show that they do not feel prepared to deal with abuse cases in children. **Conclusion:** it is important that professionals, as well as the family and the school know how to identify and be prepared to avoid situations of violence.

DESCRIPTORS: Nursing; Child sexual abuse; Child violence.

RESUMEN

Objetivo: identificar la tendencia de la producción científica en enfermería sobre el abuso sexual infantil. **Método:** Se trata de una revisión narrativa de la literatura, hecha entre octubre y noviembre de 2021, en las bases de datos Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences y Scientific Electronic Library Online. En LILACS se utilizaron las siguientes palabras claves: “abuso sexual infantil Y enfermería”, “abuso sexual infantil Y atención de enfermería”. Y, En el paso SciELO: “abuso sexual infantil” Y enfermería”. Se seleccionaron 16 artículos. **Resultados:** se identificó que los estudios tienden a discutir el perfil de los niños abusados sexualmente, que en su mayoría son mujeres, y cómo la enfermería y la familia abordan a los niños, lo que demuestra que no se sienten preparados para enfrentar los casos de abuso en niños. **Conclusión:** es importante que los profesionales, así como la familia y la escuela sepan identificar y estar preparados para evitar situaciones de violencia.

DESCRIPTORES: Proceso de Enfermería; Enfermería; Abuso sexual infantil; Violencia infantil.

RECEBIDO EM: 04/02/2022 APROVADO EM: 28/05/2022

Camila Oliveira Frison

Nursing student at the Franciscan University.
ORCID: 0000-0002-4477-4724

Fabiana Porto da Silva

Professor of the Nursing Course at the Franciscan University.
ORCID: 0000-0001-5450-2602

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Professor of the nursing course and the Professional Master's Program in Maternal and Child Health at the Franciscan University.

ORCID: 0000-0003-0759-7113

Andressa da Silveira

Professor of the Nursing Course at the Federal University of Santa Maria/Campus Palmeira das Missões

ORCID: 0000-0002-4182-4714

Janine Vasconcelos

Professor of the Nursing Course at the Franciscan University.

ORCID: 0000-0002-8150-4213

Patricia Cristiane da Costa Dutra

Nurse at the Municipality of Santa Maria.

ORCID: 0000-0002-5741-068X

Bruna Skrebsky

Nurse at the Municipality of Santa Maria.

ORCID: 0000-0002-8337-4555

Regina Gema Santini Costenaro

Professor of the nursing course and the Professional Master's Program in Maternal and Child Health at the Franciscan University.

ORCID: 0000-0001-8657-2066

Paola Piovenzano de Soliz

Nurse at the University Hospital of Santa Maria.

ORCID: 0000-0002-7118-0710

Keity Laís Siepmann Soccol

Professor of the nursing course and the Professional Master's Program in Maternal and Child Health at the Franciscan University.

ORCID: 0000-0002-7071-3124

INTRODUCTION

Child sexual abuse is characterized when a child's body is used by someone to supply the sexual satisfaction of the abuser, who has an authority relationship. It can occur through the manipulation of genitals, breasts or anus, the practice of caresses, pornography or the performance of the sexual act, whether with or without penetration.¹

According to the Statute of Children and Adolescents (ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente), a child is considered to be a person who is under 12 years of age. Thus, anyone who is in this age group and suffers from sexual abuse is considered a victim of child abuse.² Sexual

abuse is a crime, as the victim does not yet have biological maturation and does not have discernment of decisions due to age asymmetries and the power relationship with the abuser.³ Children aged from zero to nine years, who suffer or have suffered sexual abuse, represent 35% of the notifications, thus corresponding to the second largest type of violence.⁴

From the moment the abuse happens, especially when the brain is being formed, it can affect the child's neuronal development.⁵ Thus, it can have consequences such as cognitive, emotional, social and behavioral damage.⁶ Mental health effects can show up through nightmares, night terrors, bedwet-

ting, school problems, learning difficulties and isolation. These are some manifestations that the child can present.⁷ It is worth mentioning that low self-esteem is one of the most frequent changes in victims of sexual abuse and also of greater severity, as it can perpetuate into adulthood.⁸

Most cases of child sexual abuse are difficult to detect, some symptoms can be observed and thus help in detection. In the first 48 hours after the crime, physical symptoms are more noticeable, such as bleeding, injuries and bruises on the body and genitals, and in some cases, sexually transmitted infections may appear.⁹

Violence is an impacting problem

in the lives of victims and people in their family circle. Thus, assistance to victims of violence must be prioritized, because although many do not present clinical symptoms, there are other factors that must also be taken into account, especially psychological damage, which requires a different look at them.¹⁰

According to data released in 2018, by the Epidemiological Bulletin of the Ministry of Health, in Brazil from 2011 to 2017, 184,524 cases of sexual violence were reported, 58,037 against children and 83,068 against adolescents. 76.5% of cases of sexual violence are found in these two life courses. This highlights the complexity of this problem.¹¹ These data show that the number of reports of sexual abuse is high. In this sense, nursing plays an important role in assisting victims and family members.

Given the importance of this theme, this study aims to identify the trend of scientific production in nursing about child sexual abuse.

METHODS

This is a narrative review of the literature, which was carried out through the electronic database Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and the Scientific Electronic Library Online (SciELO), between October and November 2021.

In LILACS the following keywords were used:

“child sexual abuse (abuso sexual infantil) AND “nursing (enfermagem)”, “childhood sexual abuse (abuso sexual na infância)” AND “nursing care (cuidados de enfermagem)”. And, in SciELO: “child sexual abuse” AND “nursing”. For greater coverage of the topic studied, the time frame was not used. The following inclusion criteria were used: articles that meet the objecti-

ve of the study and articles available online and in full, in Portuguese. The exclusion criteria were: dissertations, theses, ministerial manuals and incomplete abstracts.

The guiding question was: what is the trend of scientific production in nursing about child sexual abuse?

The LILACS search resulted in 25 studies, of which 11 articles were

used. And, in SCIELO, the search resulted in 10 articles, of which 5 were analyzed. So, a total of 16 articles were studied in full. Data were analyzed according to the thematic content analysis proposed by Minayo.¹² Thus, the following steps were followed: pre-analysis, the formulation and reformulation of hypotheses and objectives and the

Quadro 1 - Artigos listados

No.	Title of the article	Databa- se	Study place	Year
A1	Care for the family of children in situations of sexual abuse based on humanistic theory. (Cuidado à família de crianças em situação de abuso sexual baseado na teoria humanística.)	LILACS	Non-governmental entity in Fortaleza-CE.	2007
A2	Sexual violence against children and adolescents: an analysis of prevalence and associated factors. (Violência sexual contra crianças e adolescentes: uma análise da prevalência e fatores associados.)	LILACS	Non-governmental entity in Fortaleza-CE.	2020
A3	Characteristics of sexual violence suffered by children assisted by a support program. (Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio.)	LILACS	Sentinel Program in Sobral – Ceará	2010
A4	Characterization of children and adolescents treated for maltreatment in an emergency hospital in the city of Fortaleza-CE. (Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus-tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE.)	LILACS	Emergency hospital, in the city of Fortaleza, Ceará	2001
A5	Knowledge of nurses in the face of sexual abuse. (Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual.)	LILACS	Family Health Strategy	2012
A6	Nursing care for child victims of sexual violence treated in a hospital emergency unit. (Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar.)	LILACS	Hospital emergency unit	2010
A7	Nursing performance in the face of sexual violence against children and adolescents. (Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes.)	LILACS	Literature review	2011

treatment of the obtained results and interpretations.

RESULTS

In the presentation of the results of the information, the data were organized in a synoptic table that contains the identification code, the database, the title, the objective and the main results. The articles are listed in the Analysis corpus table.

Most articles were published in LILACS⁽¹¹⁾ and SCIELO⁽⁵⁾. And, as for the thematic analysis, it was possible to elaborate the construction of two categories: Profile of sexually abused children and Approach to children by nursing and by the family.

DISCUSSION

Profile of sexually abused children

With regard to the profile of victims of sexual violence, studies show that most abused children were female (A2, A3, A11, A13, A14, A15, A16). However, only one of the studies identified the predominance in male children (A4). And, as for the age group of female victims, there is a variation between 8 and 14 years. Other characteristics found were in terms of skin color, most were white, in terms of income, with the majority being low-income (A15), and in terms of education, as most were attending elementary school (A11). In boys, the highest incidence is in the age group from 5 to 9 years old (A14).

Girls are the main victims of child sexual abuse.¹³ However, there are still cases of sexual abuse against boys, but these data are little publicized due to prejudice, both in terms of the prevalence of sexual abuse in boys, as well as the characteristics that abusers have.¹⁴

A8	Sexual violence against children in the family environment treated at SAMVVIS, Teresina, PI. (Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI.)	LILACS	Service for Assistance to Women Victims of Sexual Violence (SAMVVIS - Serviço de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual)	2008
A9	Imaginary of mothers of children victims of sexual abuse: an ideal of overcoming. (Imaginário de mães de crianças vítimas de abuso sexual: um ideal de superação.)	LILACS	Government organization that is part of the Support and Protection Network for Children and Adolescents in Situations of Physical, Sexual, Psychological Abuse, Exploitation of Child Labor and Child Trafficking in Fortaleza-CE.	2010
A10	Violence against children and adolescents: breaking the silence. (Violência contra criança e adolescente: rompendo o silêncio.)	LILACS	Public school in Santo Amaro community, Recife-PE	2019
A11	Characterization of cases in which children and adolescents were victims of sexual abuse in the southwestern region of the city of Ribeirão Preto, SP, in the year 2000. (Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto, SP, no ano de 2000.)	LILACS	Reference Center for Children and Adolescents, at the Basic Assistance Center, through the Disque Denúncia	2004
A12	Characterization of sexual violence in a state in the southeastern region of Brazil. (Caracterização da violência sexual em um estado da região sudeste do Brasil.)	SciELO	Database of the Notifiable Diseases Information System obtained from the Minas Gerais State Health Department	2019
A13	Recurrence of violence against children in the city of Curitiba: a gender perspective. (Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero.)	SciELO	Network for the Protection of Children and Adolescents	2012
A14	Sexual abuse in childhood and adolescence: profile of victims and aggressors in a municipality in southern Brazil. (Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil.)	SciELO	Guardianship Councils and care programs in the city of Londrina-PR	2010
A15	Characterization of sexual abuse in children and adolescents reported in a Sentinel Program. (Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela.)	SciELO	Records of cases registered in the Sentinela Program	2008

With regard to the place where the abuses took place, most of them took place in the family environment, especially within their own home (A2, A12, A16), followed by the school (A10). And, with regard to the characteristic of the abusers, most of them were male, however, women also appear as the aggressors (A13, A14). Parents (A2, A16, A8, A9), stepfathers (A3, A8, A9, A12), brothers-in-law, boyfriends, acquaintances (A3) and neighbors (A8) are the main abusers (A15).

Only one study showed that the aggressor was unknown to the family (A9). The aggressors use the bond and the relationship of trust and loyalty to take advantage of the situation and carry out the aggression, in this way he silences the child for being a person from the same family environment, as fathers, mothers, uncles, grandparents and brothers.¹⁵ When there is some kinship with the victims, family members sometimes create a barrier to protect the aggressor.¹⁶

With regard to cases of recurrence of child violence, most cases took place within the family and, due to negligence, there was a recurrence of violence against the victim. The mother appears as the main aggressor (A13). Child sexual abuse can generate irreparable consequences for the child and, if nothing is done to prevent recidivism, these consequences can be even worse, especially when the aggressor is a person close to the family or who is inserted in the intra-family environment.¹⁷

Approach to children by nursing and family

Studies show that health professionals feel unprepared and unprotected when faced with cases of child sexual abuse (A5, A6). Also, nurses do not know what measures should be taken in basic health units to confirm or not the suspi-

A16 Sexual abuse: diagnosis of reported cases in the municipality of Itajaí/SC, from 1999 to 2003, as a tool for intervention with families that experience situations of violence.
(Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí/SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência.)

Source: author.

SciELO Guardianship Council and the Sentinela Program, in the municipality of Itajaí – SC 2005

cion of sexual abuse (A5).

The lack of training combined with the fear of acting in the prevention and notification, the disqualification to deal with the victim of child sexual violence, the fear of the aggressor, insecurity, not knowing where to refer the victim are some of the feelings that professionals experience in their daily work.¹ It is important that there is ongoing education so that nurses feel more prepared and safe for when it is necessary to act in the care of children who are victims of sexual abuse.¹⁸

However, professionals have the perception that the child arrives scared, coerced and insecure, for this reason, they need to exercise care demonstrating love and affection so that the child feels welcomed (A6). In this sense, it is important that they are welcomed from the perspective of comprehensive care and that the assistance provided is humanized.¹⁹

The psychological and organic consequences that children suffered in the face of sexual abuse still lack more information (A11). In this sense, it is highlighted that the health care of children and adolescents is treated as a multiprofessional work, being a challenge for the health sector that needs a paradigm shift to face the problem (A7). The nurse, together with a multidisciplinary team, must have specific skills

and competences that assist in strategic intervention focused on the promotion, prevention and rehabilitation of patients' health.²⁰

The studies also point out that the victims' relatives also feel unprepared to help them, as well as they do not have enough knowledge about the consequences of this abuse for children (A1). Each family has a way of understanding and characterizing child sexual abuse, and this is extremely important, as this characterization can lead to protection or exposure of this individual.²¹

CONCLUSION

Child sexual abuse occurs with great frequency, which generates social concern. Unfortunately, this reality has been increasing more and more, which, combined with the professionals' lack of preparation for the care and monitoring of victims, makes it even more difficult to deal with this issue.

The vast majority of children who are victims of child sexual abuse are female and the cases occur mainly within the family environment. Thus, it is important that professionals, as well as the family and the school know how to identify and be prepared to avoid situations of violence.

REFERÊNCIAS

1. Aleluia E dos S, de Carvalho MLR, Bomfim VVB da S, Dias MA dos S, Leal V de M, de Almeida AOLC, et al. Repercussões do abuso e exploração sexual na criança e adolescente e a importância da qualificação da enfermagem frente aos casos: revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 52:e3617. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e3617.2020>
2. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 13 jul. 1990.
3. Meira JS, Bezerra MHO. Feridas da infância: repercussões da violência no desenvolvimento psíquico da criança. *Revista Expressão Católica*. [Internet]. 2013 [cited 2021 nov 20]; 2(2):97-113. Available from: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/rec/article/view/1326/1089>
4. Melo F, Roberto NTS, Cavalcante JHA, Soares ACO. Assistência de Enfermagem a crianças vítimas de abuso sexual no serviço de saúde do Brasil. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS*. [Internet]. 2019 [cited 2022 mai 25]; 5(3):49-62. Available from: <https://periodicos.set.edu.br/fit-biossaude/article/view/6167>
5. Sanches L da C, Araujo G de, Ramos M, Rozin L, Rauli PMF. Violência sexual infantil no Brasil: uma questão de saúde pública. *Revista Iberoamericana de Bioética*. [Internet]. 2019 [cited 2021 nov 14]; 9:1-13. Available from: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/9654>
6. Tavares BB, Santos VE da S, Lira GFC de, Gondim KM de L, Targino GC. Abuso sexual na infância e as sequelas no desenvolvimento psicológico das vítimas. *Revista Brasileira de Direito e Gestão Pública*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 8(2):102-115. Available from: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/RDGP/article/view/7871>
7. Conceição MIG, Costa LF, Penso MA, Williams LCA. Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção. *Psicol. clin.*, [Internet]. 2020. [cited 2022 mai 25]; 32(1):101- 21, 2020. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652020000100006
8. Lira MOSC, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes NP, Diniz NMF. Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta. *Texto Contexto - Enferm.*, [Internet]. 2017. [cited 2022 mai 25]; 26(3):e0080016. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Fq8Cg6F7bcbZRNhxFqKTMTR/abstract/?lang=pt#>
9. Oliveira VC, Sartori CMT. D. Um olhar sobre o abuso sexual infantil. *Cadernos de Psicologia*. [Internet]. 2019. [cited 2022 mai 25]; 01(02): 846-863. Available from: <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/2522/0>
10. Silva MS, Milbrath VM, Santos BA dos, Bazzan JS, Gabatz RIB, Freitag VL. Assistência de enfermagem à criança/ adolescente vítima de violência: revisão integrativa. *Rev Fun Care Onlin*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 12:114-122. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047782>
11. Brasil. Ministério da saúde. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. *Boletim Epidemiológico. Secretária de Vigilância em Saúde*. [Internet]. 2018. [cited 2022 mai 25]; 49(27):1-17. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/2018-024.pdf>
12. Minayo MCS. *O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
13. Nunes ACP, Carvalho CTC de, Silva FG da, Fonseca PC dos SB da. Violência infantil no Brasil e suas consequências psicológicas: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 6(10):79408-41. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18453/14870>
14. Conceição MIG, Costa LF, Penso MA, Williams LC de A. Abuso sexual infantil masculino: sintomas, notificação e denúncia no restabelecimento da proteção. *Psicol. clin.*, [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 32(1):101-121. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652020000100006
15. Moura R de O, Maksoud N de O, Marques HR. A revelação do abuso sexual intrafamiliar infantil: proteção da vítima e responsabilização do agressor. *Lex Cult Revista do CCFJ*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 4(3):14- 35. Available from: <http://lexcultccjf.trf2.jus.br/index.php/LexCult/article/view/424>.
16. Lima NS, Wiggers R. Entre sangue e afinidade: dilemas de parentesco em casos de abuso sexual no Amazonas. *Aceno - Revista de Antropologia do Centro-Oeste*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 7(14):157-76. Available from: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YXIV-x4F3N8J:https://www.academia.edu/Documents/in/Viol%25C3%25AAncia_sexual+%&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
17. Pereira FVL, da Silva DMF, Timbó M do ST, Leitão CS, Leitão ACSB, Lourinho LA. Abuso sexual infantil e aprendizagem: caminhos possíveis na psicopedagogia. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2021 [cited 2021 nov 17]; 10(12):e39101220047. Available from: <https://www.sciit.net/article/ee005ec7f7354a0d71bbdc547e304974>
18. Rocha WDR, Silva KG, Sousa KSS. Interdisciplinary actions of nurses to children and adolescents victims of sexual violence: an integrative review. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2021 [cited 2021 nov 14]; 10(14):e179101421975, 2021. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21975>.
19. Jardim FA, Sezefredo FP, Rodriguez CAH, Peres LS, Santos MLR, Santos MLR, Ignacio DS. Assistência de enfermagem à criança vítima de violência sexual: relato de experiência. *Saúde Coletiva (Barueri)*. [Internet]. 2020 [cited 2022 mai 24]; 9(48):1309-13. Available from: <http://revistas.mpmcomunicao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/88>
20. França AHR, Carvalho PRd a S, Monteiro VCM, Silva AJQ, Fernandes DA, Souza IMJ de, Pinto MKG, Peixoto WQ. Atribuições do enfermeiro na assistência e no apoio psicossocial prestados à vítimas do abuso sexual infantil. *Brazilian Journal of health Review*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 14]; 3(3):6863-79. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/12148>
21. Rodrigues AP, Ferreira BN, Barros JB, Pedroso RG, Barros YS, Gomes AH, et al. O silêncio sobre abuso sexual infantil: concepções e prevenções no âmbito familiar. *Redes - Revista Interdisciplinar do IELUSC*. [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 11]; 1(3):131-144. Available from: <http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/61>



**GRADUAÇÃO
PÓS-GRADUAÇÃO
TÉCNICO**

ENFERMAGEM

saocamilo-sp.br
(11) 3465 2664
ou 0300 017 8585



CENTRO UNIVERSITÁRIO
SÃO CAMILO