



REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Revista do Departamento de Ciências da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/Unisc



REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Editora Geral:

- Dulciane Nunes Paiva
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editora Executiva:

- Suzane Beatriz Frantz Krug
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Editores Associados:

- Cézane Priscila Reuter
*Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

- Edna Linhares Garcia
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

- Haywood Dail Laughinghouse IV
*University of Florida, Fort Lauderdale
Research and Education Center, Orlando, FL,
Estados Unidos da América.*

- Hildegard Hedwig Pohl
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

- Jane Dagmar Pollo Renner
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

- Mario Bernardo-Filho
*Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.*

- Silvia Isabel Rech Franke
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Normalização Bibliográfica:

- Fabiana Lorenzon Prates
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Secretária Executiva:

- Maria Carolina Magedanz
*Universidade de Santa Cruz do Sul,
Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.*

Diagramação:

- Leticia Borfe

Editoração Eletrônica:

- Jorge Luiz Schmidt
Editora da Unisc, EDUNISC.

Conselho Editorial:

- Alex Soares Marreiros Ferraz
Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil.

- Alexandre Igor Araripe Medeiros
Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza, CE, Brasil.

- Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Universidade Federal de Alagoas - UFAL, Maceió, AL, Brasil.

- Carlos Ricardo Maneck Malfatti
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.

- Daniel Vicentini de Oliveira
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Campinas, SP, Brasil.

- Isabella Albuquerque
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

- Juliana Fernandes de Souza Barbosa
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, Brasil.

- Luis Paulo Gomes Mascarenhas
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.

- Marcus Peikriszwill Tartaruga
Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil.

- Maria João Vaz da Cruz Lagoa
*Research Center in Sports Sciences, Health Sciences and Human Development, CI-
DESD, Portugal University Institute of Maia, ISMAI, Portugal.*

- Marisa Panisello Chavarria
Universitat Rovira I Virgili, Espanha.

- Patrícia Érika de Melo Marinho
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, Recife, PE, Brasil.

- Rosângela Marion da Silva
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

- Sergio Arzola Medina
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

- Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

REVISTA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH PROMOTION

Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde [recurso eletrônico] / Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Ciências da Saúde e Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde. Vol. 3, n. 1 (jan./mar. 2020) - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2020.

Trimestral

Modo de acesso: World Wide Web: <<http://www.unisc.br/edunisc>>

eISSN 2595-3664

1. Educação Física – Periódicos. 2. Promoção da saúde – Periódicos. I. Universidade de Santa Cruz do Sul. Departamento de Ciências da Saúde. II. Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde.

CDD: 613.05

Catálogo: Bibliotecária Fabiana Lorenzon Prates CRB-10/1406.

SUMÁRIO

EDITORIAL **5**

ARTIGO ORIGINAL

Efeitos da vibração de corpo inteiro sobre a composição corporal e perfil bioquímico de idosas **6**

Agente comunitário de saúde na atenção integral à saúde da mulher: dificuldades para o desenvolvimento das ações **15**

Qualidade de vida e qualidade do sono na percepção de residentes multiprofissionais: estudo transversal **23**

ARTIGO DE REVISÃO

Paternidade e Síndrome de Down: uma análise do filme “O filho eterno” **30**

Prevalência de HPV em amostras cérvico-vaginais no Rio Grande do Sul **38**

Recomendações de prevenção e controle da Covid-19 nas instituições penais: revisão integrativa **48**





EDITORIAL

Prezados autores e leitores da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde – RIPS

Com prazer, comunicamos a publicação dos artigos do volume 3, número 1 da Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde (RIPS) - Interdisciplinary Journal of Health Promotion. Inicialmente a publicação ocorre no formato Ahead of Print devido ao processo editorial.

A RIPS tem a missão de divulgar as ações de pesquisa realizadas no âmbito da interdisciplinaridade em Promoção da Saúde e da vigilância epidemiológica e tópicos relacionados à saúde humana, divulgando os estudos científicos relacionados aos temas que contribuam para o aprofundamento do conhecimento na área da Promoção da Saúde e prevenção de agravos clínicos bem como na reabilitação da saúde, vinculados a estudos e pesquisas da área da saúde clínica ou experimental ou de outros campos de investigação a elas vinculados e com enfoque prioritariamente interdisciplinar.

O periódico aceita artigos com abordagens quantitativa e qualitativa, resultados de pesquisa original, estudos de casos, revisão sistemática e metanálises e cartas aos editores sobre as várias áreas temáticas e campos interdisciplinares englobados na saúde humana, pesquisas de natureza descritiva, analítica, estudos clínicos, epidemiológicos e ambientais, que tenham como objetivo final a divulgação do conhecimento científico em Promoção da Saúde e em Saúde Coletiva/Pública.

Desse modo, os convidamos a submeter manuscritos para os números 1 e 2 de 2021, que contemplem temas variados sobre Promoção da Saúde na língua portuguesa, inglesa e espanhola. Contamos com sua colaboração na divulgação de nossa revista.

Boa Leitura!

Atenciosamente,
Editores RIPS





Efeitos da vibração de corpo inteiro sobre a composição corporal e perfil bioquímico de idosas

Effects of whole body vibration on body composition and biochemical profile of elderly

Greice Raquel Machado¹, Eduarda Chaves Silveira¹, Kethelen Fortes da Silva¹, Kamila Mohammad Kamal Mansour², Litiele Evelin Wagner², Mario Bernardo Filho³, Jane Dagmar Pollo Renner¹, Dulciane Nunes Paiva¹

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

2 - Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz, Santa Cruz do Sul–, RS, Brasil.

3 - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Introdução: a vibração de corpo inteiro (VCI) gerada através da plataforma vibratória (PV) se constitui em um recurso de treinamento para melhorar a saúde na população idosa. **Objetivo:** avaliar o efeito da VCI sobre a composição corporal, gasto metabólico, perfil bioquímico e estresse oxidativo de idosas. **Método:** ensaio clínico randomizado que avaliou 28 idosas alocadas no Grupo Controle (GC) e no Grupo Plataforma Vibratória (GPV). Antes e após treino de VCI (35 Hz) (8 semanas/2 mm/3 sessões semanais) foram avaliados o hemograma e a glicemia, perfil lipídico, níveis de ácido úrico, creatinina e ureia após coleta de amostra sanguínea. O estresse oxidativo foi avaliado por meio do teste das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico através de análise da urina, sendo a composição corporal avaliada por meio de balança de bioimpedância. **Resultados:** amostra [GC (n= 16); GPV (n= 12)] com idade de 66,30±4,80 anos, apresentou aumento dos níveis de eosinófilos (p= 0,045), glicemia (p= 0,021), creatinina (p= 0,041) e massa gorda (p= 0,001) e redução dos níveis de monócitos (p= 0,010), massa magra (p= 0,001) e gasto metabólico (p= 0,001) após treinamento com VCI, sem que tenha alterado o estresse oxidativo das idosas avaliadas. **Conclusões:** a VCI não alterou clinicamente o perfil bioquímico, a composição corporal e o gasto metabólico basal e não alterou o estresse oxidativo das idosas avaliadas.

dulciane@unisc.br

Palavras-chave: Envelhecimento; Vibração; Promoção da Saúde; Sangue; Testes Hematológicos.

ABSTRACT

Introduction: whole body vibration (WBV) produced through a vibratory platform (VP) is a training resource to improve health in elderly people. **Objective:** to evaluate the effect of WBV on body composition, metabolic waste, biochemical profile and oxidative stress in sedentary elderly women. **Method:** a randomized clinic trial was carried out to evaluated 28 elderly women distributed in a Control Group (CG) and in a Vibratory Platform Group (VPG). After and before WBV training (35 Hz) (8 weeks/3 sessions per week/amplitude of 2 mm) was measured hemogram, glycemia, lipid profile, uric acid, creatinine and urea were analyzed by blood sample and oxidative stress through the test of the reactive substances to thiobarbituric acid through urine analysis and the body composition was evaluated through bioimpedance scale. **Results:** sample [CG (n=16); VPG (n=12)] with age of 66.30±4.80 years, showed increased level of eosinophilis (p= 0.045), glucose (p= 0.021), creatinine (p= 0.041), fat mass (p= 0.001) and reduction of monocyts (p= 0.010), lean mass (p= 0.001) and oxidative stress in both evaluated group (p= 0.335). **Conclusion:** The WBV did not change clinically the biochemical profile neither the oxidative stress in sedentary elderly women, being a viable and safe resource to elderly people.

Keywords: Ageing; Vibration; Health Promotion; Blood; Hematologic Tests



INTRODUÇÃO

O envelhecimento se define como um conjunto de fatores expressos pela perda da capacidade de adaptação do organismo e da funcionalidade,¹ estando tal processo associado às mudanças na composição metabólica e corporal.² As plataformas vibratórias (PV) surgem como uma alternativa para a realização de exercícios físicos, gerando vibrações de corpo inteiro (VCI)³ que agem através da modulação da excitabilidade dos motoneurônios, aumentando o influxo aferente ao fuso muscular e permitindo o reflexo tônico de vibração.⁴ Há escassez de relatos sobre os efeitos da VCI sobre os parâmetros bioquímicos e a composição corporal na população idosa. No envelhecimento há redução gradual da massa magra dos tecidos e da massa óssea, bem como aumento da massa gorda,⁵ o que os predispõem às doenças crônicas, obesidade, diabetes e afecções cardiovasculares.⁶ A bioimpedância se configura em um método útil na avaliação do percentual de gordura corporal, massa magra, taxa metabólica basal e água intracelular e extracelular.⁷

Alguns estudos abordam os efeitos da VCI sobre a composição corporal, massa magra e índice de massa corporal (IMC) de idosos,⁸ no percentual de gordura corporal de mulheres na pós-menopausa,⁹ no percentual de gordura corporal, nas circunferências corporais de mulheres obesas,¹⁰ sobre o perfil bioquímico de mulheres híidas¹¹, em homens com diabetes tipo 2¹² e sobre o perfil bioquímico em ratos.¹³ No processo de envelhecimento, ocorre redução da defesa antioxidante e aumento da produção de *Reactive Oxygen Species* (ROS), que são compostos químicos resultantes da ativação ou da diminuição do oxigênio molecular.¹⁴

O estresse oxidativo (EO) é definido como um desequilíbrio entre a produção de ROS e o nível de defesas antioxidantes, podendo causar danos mitocondriais e disfunções cardiovasculares, respiratórias, metabólicas e neuromusculares.¹⁵ Theodorou et al.¹¹ não evidenciaram alterações no EO após período de 8 semanas de VCI com 3 sessões semanais na PV (25 Hz) com amplitude de 6 mm, em adultas jovens gregas. Liu et al.¹⁵ evidenciaram redução de 30% no EO de ratos diabéticos submetidos a VCI (45 Hz) por 60 minutos diários durante 12 semanas.¹⁶ O envelhecimento predispõe a redução da prática de exercícios físicos regulares o que pode resultar em maior circunferência da cintura (CC),

menor densidade mineral óssea, depressão e síndrome metabólica¹⁷ e, dessa forma, o objetivo desta pesquisa foi avaliar os efeitos da VCI sobre a composição corporal, taxa metabólica basal, perfil bioquímico e o EO de idosas ativas.

MÉTODO

Participantes

Foram avaliadas quarenta e cinco mulheres com idade entre 60 e 80 anos, residentes em Santa Cruz do Sul – RS/Brasil. A amostra foi triada por meio de e-mail institucional, convites a grupos de terceira idade e anúncio em mídia. Foram incluídas idosas com massa corporal até 159 kg e IMC entre 18 e 39 kg/m², tendo sido excluídas aquelas com hipertensão, neuropatias, trombose, diabetes descompensada, câncer, labirintite, hérnia de disco ou as submetidas a colocação de prótese óssea ou marca-passo cardíaco, com déficit cognitivo ou ortopédico que impossibilitasse sua participação no estudo. Durante a intervenção, foram excluídas aquelas com mal-estar persistente após ou durante a sessão de VCI ou que faltassem a três sessões consecutivas de treinamento.

As voluntárias foram orientadas a não modificarem seus hábitos de atividade física e alimentares e informadas sobre os riscos e benefícios da pesquisa, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP – UNISC) (CAAE: 57756916.0.0000.5343) e cadastrada no *Clinical Trials* (NCT03030456).

Desenho Experimental

Ensaio clínico randomizado que avaliou 28 idosas alocadas no Grupo Controle (GC) (n= 16), em que receberam cartilha contendo informações gerais sobre saúde e no Grupo Plataforma Vibratória (GPV) (n= 12), em que foram submetidas a VCI (Figura 1). Foram avaliadas as condições gerais de saúde, nível socioeconômico e nível de exercício físico. Antes e após o período de treino com a VCI foram avaliadas as características antropométricas, perfil bioquímico e o estresse oxidativo. Imediatamente antes e após cada sessão de treino na PV, foram avaliadas a frequência cardíaca (FC), a frequência respiratória (FR), a pressão arterial (PA) e a saturação periférica de oxigênio (SpO₂).

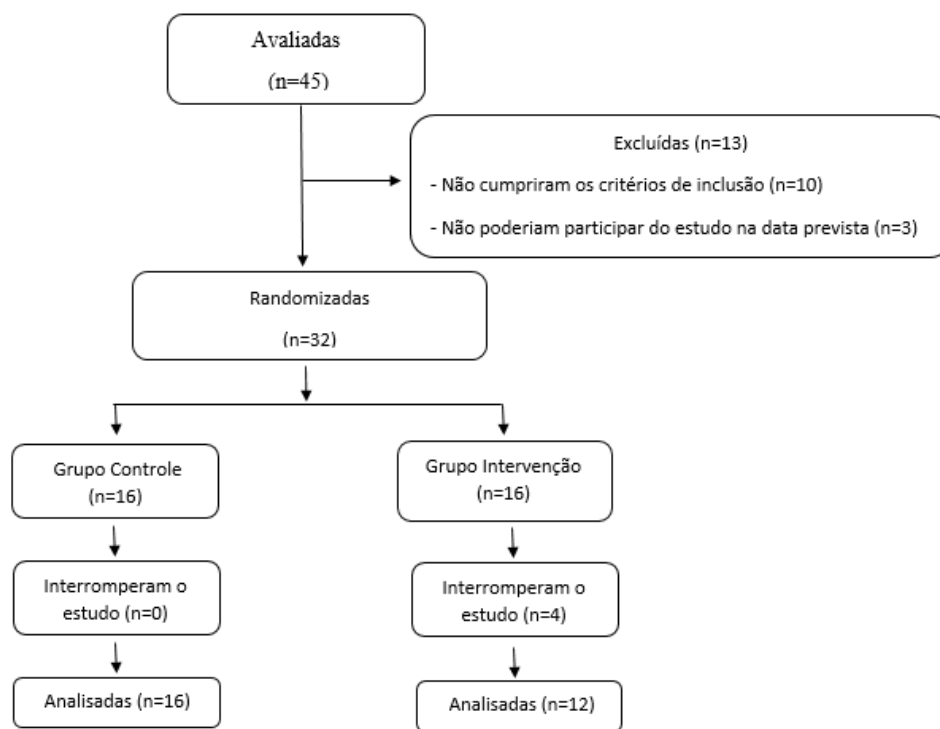


Figura 1 - Fluxograma do estudo.

Avaliação Antropométrica

Foram avaliadas a estatura, massa corporal, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), relação cintura quadril (RCQ), massa de gordura corporal, massa magra e taxa metabólica basal. A estatura foi aferida por meio de estadiômetro (Professional Sanny, Brasil) e a massa corporal por meio de balança digital (Modelo BAL-150 PA, Brasil), sendo calculado o índice de massa corporal (IMC).

A CC e a CQ foram aferidas por meio de fita antropométrica (Sanny Medical® modelo SN-4010, Brasil) no ponto médio entre a décima costela e a crista ilíaca e na região de maior protuberância do quadril, respectivamente, sendo após calculada a RCQ, obtida pela relação entre a CC e a CQ. A porcentagem de massa de gordura corporal, massa magra e taxa metabólica basal foi obtida por meio de balança de bioimpedância (Biodynamics 450, EUA), com canais tetrapolares, colocados através de eletrodos autoadesivos na superfície dorsal da mão e do pé do hemicorpo direito. Para tal, a idosa se manteve em decúbito dorsal, sem nenhum material condutor no corpo, sem consumo de cafeína ou de bebidas alcoólicas e sem realizar prática de atividades físicas vigorosas nas 12 horas prévias ao exame,

tendo também sido orientado o jejum de 5 horas e que miccionassem 30 minutos antes do exame.

Avaliação dos Elementos Bioquímicos

Os exames bioquímicos foram realizados mediante coleta sanguínea, sendo as idosas orientadas a manter descanso e jejum prévio de doze horas. Foram coletados 10 ml de sangue na veia braquial e deste, 5 ml foi transferido para tubo *vacutainer* seco (com ativador de coágulo, para a obtenção do soro e posterior análise dos indicadores cardiometabólicos) e 5 mL foram dispensados para um tubo *vacutainer* com EDTA (*Ethylenediamine tetraacetic acid*). Os exames bioquímicos foram realizados por meio de analisador (Sysmex, modelo XS 1000i) e os exames hematológicos, por meio do método automatizado Miura 200 (I.S.E.®, Rome, Italy).

Hematologia

Foram realizados os exames bioquímicos hematológicos para avaliação dos níveis de hemácias, hemoglobina (Hb), hematócrito (Ht), volume corpuscular médio (VCM), distribuição da largura das células vermelhas, *red cell distribution width* (RDW), Hb corpuscular média (HCM), concentração de Hb corpuscular média (CHCM), leucograma e das

plaquetas. Os exames foram analisados com o método automatizado Miura 200 (I.S.E.®, Rome, Italy). Para diagnóstico de anemia foi utilizado como ponto de corte, Hb de 0,67 mmol/L. O valor de normalidade do Ht foi de 42%, o intervalo de referência dos leucócitos foi de 3.600/ μ l – 11.000/ μ l de sangue total e a contagem normal das plaquetas considerada foi de 150.000/ μ l a 400.000/ μ l de sangue total.¹⁸

Glicose e Perfil Lipídico

A glicemia foi obtida através de reagentes comerciais (Kit Glicose Kovalent do Brasil® Ltda, Brasil), colesterol total (Kit Colesterol Kovalent do Brasil® Ltda) e suas frações *High Density Lipoproteins* (HDL) e *Low Density Lipoproteins* (LDL) (Kit colesterol HDL Kovalent do Brasil® Ltda.) bem como os triglicerídeos (Kit triglicerídeos Kovalent do Brasil® Ltda, Brasil). Os valores de referência da glicemia foram classificados de acordo com a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes¹⁹ e o perfil lipídico conforme a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose²⁰ considerando os valores de glicose plasmática (em mmol/L): glicemia normal (jejum) < 5,55, tolerância à glicose diminuída > 5,55 a < 6,99, Diabetes mellitus \geq 6,99.¹⁹

Ureia, Creatinina e Ácido Úrico

Os valores de referência para a ureia foram entre 0,83 e 2,22 mmol/L e o da creatinina sanguínea entre 0,03 a 0,07 mmol/L. Foi adotado os níveis de ácido úrico, abaixo de 0,33 mmol/L para mulheres.²¹

Avaliação do Estresse Oxidativo (peroxidação lipídica)

O EO foi avaliado por meio de amostra da urina coletada uma vez por semana antes e após cada sessão de VCI. A peroxidação lipídica foi avaliada por meio do teste das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS), sendo adicionado 0,4 ml da amostra da urina coletada à 0,6 ml de água de Mili-Q, na mesma diluição foi acrescido 1 ml de ácido tricloroacético 17,5% e 1 ml de ácido tiobarbitúrico (0,6% pH 2). A solução foi homogeneizada e imersa no banho-maria (Quimis®, K49E, Brasil) em água a 100 graus Celsius durante 20 minutos. Após, a solução foi resfriada, sendo adicionado 1 ml de ácido tricloroacético 70%. A solução foi centrifugada (Quimis®, Q-222TM216, Brasil) por 15 minutos a 3.000 rpm e realizada leitura

através do espectrofotômetro (Pró-análise, UV-1600 Spectrophotometer, Brasil) em absorvância de 534 nanômetros. Para a determinação do EO foi realizada uma curva com padrão de 1-3-3 metoxipropano, que determina os níveis de malondaldeído (MDA) na amostra. A curva foi realizada nas concentrações de 250; 125,5; 62,5; 31,25; 15,62; 7,82 e 3,91 μ mol/mg, sendo os valores finais expressos em nmol de TBARS/grama de creatinina.

Treino na Plataforma Vibratória

O treino de VCI foi realizada através da PV (Power Plate®, modelo my7™, Reino Unido) (35 Hz; 2 mm), segundo protocolo adaptado de Sitjá-Rabert et al. e Alvarez-Barbosa et al.^{22,23} O treino ocorreu durante 8 semanas, com 3 sessões/semana por 30 segundos (s) a 1 minuto (min), tendo sido possibilitado 30 s a 1 min de repouso.²⁴ Durante as 2 semanas iniciais, o treino foi realizado durante 10 min, com 30 s de VCI e 60 s de repouso, na 3ª e 4ª semana, foi realizado o treino por 10 min, com 1 min de VCI e 1 min de repouso, na 5ª e 6ª semana, o treino foi de 15 min, com 1 min de treino e 1 min de VCI e na 7ª e 8ª semana, o tempo de treino foi de 20 min, com 1 min de VCI e 30 s de repouso, sendo o indivíduo posicionado com flexão de joelhos a 15° e distância entre os pés de 200 mm.

Análise Estatística

A normalidade dos dados foi analisada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Dados paramétricos apresentados em média e desvio padrão e os não paramétricos em mediana e intervalos interquartis. Dados intragrupos (diferença entre os momentos pré e pós-treino na PV) avaliados por meio do teste t Student e do teste U de Mann-Whitney. Os deltas intragrupo nos dois grupos foram analisados pelo teste t Student seguido das comparações múltiplas pelo teste U de Mann-Whitney. Para as variáveis que apresentaram diferença na condição de pré-treinamento na PV foi utilizado o delta relativo, ou seja, o delta corrigido pelo tempo inicial. A análise de variância do estresse oxidativo foi realizado com o teste de Friedman. O teste Qui-Quadrado foi utilizado para comparar o nível socioeconômico e o nível de atividades físicas entre os grupos (p<0,05). Dados analisados através do programa SPSS (versão 23.0, IBM, Armonk, NY, EUA).

RESULTADOS

Amostra com média de idade de $66,30 \pm 4,80$ anos (GC [n=16] e GPV [n= 12]). Na Tabela 1 se observam as características antropométricas, nível de atividade física e nível socioeconômico da amostra avaliada. Não foi observada diferença na condição pré-intervenção entre os grupos em relação à massa magra e gorda, água intracelular e extracelular, gasto

metabólico, hemácias, VCM, HCM, CHCM, RDW, leucograma global, leucograma segmentado, Hb, Ht, plaquetas, eosinófilos, basófilos, linfócitos, glicemia, colesterol, HDL, LDL, ácido úrico, creatinina, ureia e triglicerídeos. Dentre os elementos avaliados no hemograma na condição pré-intervenção, os níveis de monócitos foram maiores no GPV ($10,10\% \pm 2,68$) quando comparado ao GC ($7,58\% \pm 1,48$) ($p= 0,010$), sendo o resultado expresso pelo delta relativo.

Tabela 1 - Caracterização dos grupos analisados.

Variáveis	GC (n=16)	GPV (n=12)	p-valor
Idade (anos) ¹	67,13 ± 4,77	65,25 ± 4,84	0,316
Massa corporal (kg) ¹	70,76 ± 9,89	74,01 ± 8,00	0,361
Estatura (m) ¹	1,59 ± 0,07	1,59 ± 0,06	0,825
IMC (kg/m ²) ²	27,12 (26,58-29,42)	28,48 (27,23-34,29)	0,146
CC (cm) ¹	91,09 ± 10,39	94,00 ± 8,20	0,432
CQ (cm) ¹	104,68 ± 7,92	108,83 ± 7,69	0,177
RCQ ²	0,85 (0,80 - 0,92)	0,84 (0,82-0,85)	0,664
Nível Atividade Física			
	Irregularmente ativa ³	0 (0,0 %)	1 (8,3 %)
	Ativa ³	14 (87,5 %)	8 (66,7 %)
	Muito ativa ³	2 (12,5 %)	3 (25,0 %)
Nível Socioeconômico			
	Classe A ³	2 (12,5%)	3 (25,0%)
	Classe B1-B2 ³	8 (50,0%)	5 (41,7%)
	Classe C1-C2 ³	6 (37,5%)	4 (33,3%)

GC: Grupo Controle; GPV: Grupo Plataforma Vibratória; IMC: Índice de Massa Corporal; CC: Circunferência da Cintura; CQ: Circunferência do Quadril; RCQ: Relação Cintura Quadril; Dados expressos em ¹média e desvio padrão (Teste t), ²mediana e intervalo interquartil (25-75%) (Teste de Mann-Whitney), ou ³porcentagem. Significância estatística com $p < 0,05$.

Avaliação Intergrupo

Evidenciada redução dos níveis de monócitos no GPV ($p= 0,047$) com delta relativo de $-0,06\%$ (Tabela 2), sem que tenha sido evidenciada diferença entre os grupos analisados quanto às demais variáveis do estudo. No que se refere ao EO, não foi evidenciada diferença entre os grupos entre a 1^a e a 8^a semana de treino de VCI ($p= 0,335$) (Tabela 2) (Figura 2).

Avaliação Intragrupo

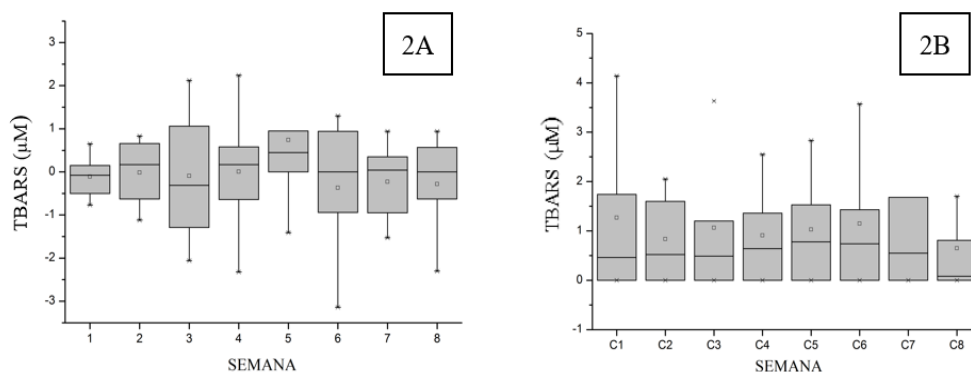
O GC apresentou aumento da glicemia ($p= 0,001$), creatinina ($p= 0,001$) e massa gorda ($p= 0,001$) com redução da massa magra ($p= 0,001$) e do gasto metabólico ($p= 0,001$) entre os momentos pré e pós-treino. No GPV foi constatado aumento dos níveis de eosinófilos ($p= 0,045$), glicemia ($p=$

$0,021$) e creatinina ($p= 0,041$), tendo havido redução da massa magra ($p= 0,001$) e do gasto metabólico ($p= 0,001$) com aumento da massa gorda ($p= 0,001$) (Tabela 4) entre os momentos pré e pós-treino de VCI. Não foi evidenciada diferença no GC e no GPV entre os momentos pré e pós-treino quanto aos níveis de hemácias, VCM, HCM, CHCM, RDW, leucograma global, leucograma segmentado, hemoglobina, hematócrito, plaquetas, monócitos, basófilos, colesterol, ácido úrico, ureia, LDL, HDL, triglicerídeo, água intracelular e extracelular. Ressalta-se que houve aumento ($p= 0,045$) nos níveis de eosinófilos no GPV (Tabela 3).

Tabela 2 - Estresse oxidativo na amostra analisada.

Estresse Oxidativo (TBARS) (μM)	Mediana e Intervalo interquartil GPV (n=12)	Mínimo e Máximo GPV (n=12)	Mediana e Intervalo interquartil GC (n=16)	Mínimo e Máximo GC (n=16)
1ª semana	-0,08 (-0,50 - 0,15)	(-0,77; 0,65)	0,46 (0,00 - 1,74)	(0,00; 4,14)
2ª semana	0,17 (-0,63 - 0,66)	(-1,12; 0,83)	0,52 (0,00-1,60)	(0,00; 2,05)
3ª semana	-0,31 (-1,29 - 1,06)	(-2,06; 2,12)	0,49 (0,00- 1,2)	(0,00; 3,63)
4ª semana	0,17 (-0,64 - 0,58)	(-2,32; 2,24)	0,64 (0,00-1,36)	(0,00; 2,55)
5ª semana	0,45 (0,00 - 0,95)	(-1,41; 3,71)	0,78 (0,00-1,53)	(0,00; 2,83)
6ª semana	0,00 (-0,94 - 0,94)	(-3,14; 1,30)	0,74 (0,00-1,43)	(0,00; 3,57)
7ª semana	0,04 (-0,95 - 0,35)	(-1,53; 0,94)	0,55 (0,00-1,68)	(0,00;4,11)
8ª semana	0,00 (-0,63 - 0,57)	(-2,30; 0,94)	0,81 (0,08-1,7)	(0,00; 2,14)

GC: Grupo Controle; GPV: Grupo Plataforma Vibratória; TBARS: Teste das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico Dados expressos com delta (Δ). Teste de Friedman.

**Figura 2** - Análise do Estresse Oxidativo através do teste TBARS no GPV (2A) e no GC (2B).

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou os efeitos da VCI sobre a composição corporal, gasto metabólico, perfil bioquímico e EO de idosas ativas, tendo sido observado aumento dos níveis de eosinófilos, glicemia, creatinina e massa gorda e diminuição dos níveis de monócitos, massa magra e gasto metabólico. Não foi evidenciada alteração do EO durante o período de treinamento de VCI, tendo ocorrido aumento, entre os grupos analisados, no momento pré-intervenção, quanto aos níveis de monócitos, devendo ser ressaltado que tal diferença não é considerada clinicamente relevante, pois seus valores se encontram dentro do limite da normalidade.

A composição corporal, após o período de treino no GPV foi caracterizada por aumento da massa gorda, bem como diminuição da massa magra e do gasto metabólico basal. Gómez-Cabello et al.⁷ avaliaram 49 idosos espanhóis e não evidenciaram diferença na massa magra e no IMC após o período de treinamento na PV por 11 semanas, entretanto, Milanese et al.⁹ avaliaram 50 mulheres italianas adultas obesas e evidenciaram redução do IMC, da massa gorda e do peso corporal após treino de 10 semanas com VCI, assim como Severino et al.⁸ que observaram redução do percentual de gordura em 27 mulheres obesas hispânicas no período pós-menopausa, após treino de VCI de 6 semanas.

Tabela 3 - Comparação intragrupos das variáveis analisadas.

Variável	GC (n=16)			GPV (n=12)		
	Pré	Pós	p-valor	Pré	Pós	p-valor
Hemácias (milhões/ mm ³) ¹	4,51 ± 0,37	4,47 ± 0,29	0,569	4,54 ± 0,41	4,60 ± 0,51	0,282
VCM (mm ³) ¹	90,22 ± 4,91	90,45 ± 4,46	0,461	40,88 ± 4,66	40,95 ± 4,62	0,497
HCM (pg) ¹	29,43 ± 1,88	29,40 ± 1,89	0,707	29,49 ± 1,50	29,40 ± 1,53	0,376
CHCM (%) ¹	32,61 ± 0,73	32,48 ± 0,83	0,184	32,75 (32,20-33,20)	32,90 (32,22-32,90)	0,329
RDW (%) ¹	13,03 ± 0,92	12,96 ± 0,98	0,378	13,45 ± 1,07	13,22 ± 0,90	0,096
Leucograma Global (mm ³) ¹	7485,00 ± 1928,34	7348,75 ± 1365,47	0,795	6419,16 ± 1155,88	6486,33 ± 1493,69	0,858
Leucograma Segmentado (%) ¹	58,87 ± 9,30	55,90 ± 7,36	0,237	52,62 ± 8,80	49,35 ± 4,45	0,075
Hemoglobina (g/dL) ¹	13,23 ± 0,90	13,13 ± 0,72	0,468	13,40 ± 1,24	13,35 ± 1,42	0,69
Hematócrito (%) ^{2,1}	40,70(38,25-42,40)	41,05 (38,52-41,85)	0,67	40,88 ± 3,63	40,95 ± 4,13	0,854
Plaquetas (milhares/mm ³) ¹	233,62 ± 66,63	229,93 ± 66,43	0,66	209,91 ± 32,96	201,58 ± 49,09	0,36
Eosinófilos (%) ²	2,60 (2,10 - 3,67)	3,45 (2,17 - 4,35)	0,393	2,80 (2,25-3,95)	2,95 (2,42- 5,05)	0,045 ^a
Monócitos (%) ^{2,1}	7,15 (6,40-8,55)	8,35 (7,12-8,87)	0,063	10,10 ± 2,68	9,38 ± 2,08	0,36
Basófilos (%) ²	0,35 (0,12-0,57)	0,30 (0,22-0,47)	0,691	0,35 (0,20- 0,47)	0,30 (0,20-0,55)	0,719
Linfócitos (%) ¹	30,30 ± 8,42	31,71 ± 6,43	0,501	33,97 ± 7,38	37,20 ± 4,49	0,061
Glicemia (mmol/L) ²	4,61 (4,23-5,45)	5,24 (4,79-6,70)	0,001 ^a	5,02 ± 0,42	5,51 ± 0,81	0,021 ^a
Colesterol (mmol/L) ¹	12,11 ± 2,72	11,95 ± 3,08	0,813	11,57 ± 2,30	11,29 ± 2,03	0,697
Ácido úrico (mmol/L) ¹	0,24 ± 0,07	0,22 ± 0,06	0,069	0,21 ± 0,05	0,20 ± 0,05	0,274
Ureia (mmol/L) ²	2,14 (1,72-2,64)	2,13 (1,44-2,40)	0,518	1,53 (1,35-1,98)	1,69 (1,36-2,08)	0,53
Creatinina (mmol/L) ²	0,05 (0,04-0,05)	0,05 (0,05-0,06)	0,001 ^a	0,05 (0,04-0,05)	0,05 (0,05-0,06)	0,041 ^a
LDL (mmol/L) ¹	7,32 ± 2,54	7,86 ± 3,23	0,599	7,04 ± 2,04	6,64 ± 1,88	0,587
HDL (mmol/L) ²	3,47 (2,82-3,83)	3,54 (2,59-3,87)	0,532	3,32 ± 0,72	3,46 ± 0,55	0,237
Triglicerídeos (mmol/L) ¹	7,12 ± 3,79	7,01 ± 3,21	0,81	5,92 ± 2,70	5,98 ± 2,06	0,931
Massa Magra (%) ¹	60,96 ± 3,30	58,31 ± 3,42	0,001 ^a	60,46 ± 4,87	57,75 ± 4,33	0,001 ^a
Massa Gorda (%) ¹	39,03 ± 3,30	41,68 ± 3,42	0,001 ^a	39,53 ± 4,87	42,24 ± 4,33	0,001 ^a
Água intracelular (%) ¹	48,51 ± 1,70	48,55 ± 1,37	0,863	48,24 ± 2,62	48,44 ± 2,53	0,201
Água extracelular (%) ¹	51,48 ± 1,70	51,44 ± 1,37	0,863	51,75 ± 2,62	51,55 ± 2,53	0,201
Gasto metabólico (calorias) ¹	1344,00 ± 189,24	1288,50 ± 188,35	0,001 ^a	1425,33 ± 110,12	1372,25 ± 109,07	0,001 ^a

GC: Grupo Controle; GPV: Grupo Plataforma Vibratória; VCM: volume corpuscular médio; HCM: hemoglobina corpuscular média; CHCM: concentração de hemoglobina corpuscular média; RDW: Red Cell Distribution Width; LDL: low density lipoproteins; HDL: high density lipoproteins. Dados expressos em média e desvio padrão. Dados expressos com ¹média ± desvio padrão (Teste t). ²mediana e intervalo interquartil (Teste de Mann-Whitney). ^a Significância estatística com p<0,05

Marín-Cascales et al.²⁴ pesquisaram 38 mulheres hispânicas na pós-menopausa, que realizaram 24 semanas de treino com VCI e observaram redução significativa da massa gorda nos grupos experimentais que realizaram treino na PV ou treino aeróbico. Na presente pesquisa, as idosas foram orientadas a não modificar seus hábitos alimentares, tendo sido observado aumento do peso corporal em ambos os grupos avaliados. Ressalta-se que há escassez de dados na literatura sobre os efeitos da VCI sobre o gasto metabólico basal em idosos.

Em nosso estudo, foi evidenciado aumento dos níveis de eosinófilos, glicemia e creatinina, bem como diminuição dos níveis de monócitos entre o antes e após o treinamento de VCI. Theodorou et al.¹⁰ verificaram os efeitos da PV sobre os níveis de eosinófilos e monócitos e não evidenciaram diferença nessas variáveis após o período de treinamento (35 Hz) em 32 mulheres gregas, amplitude de 6 mm durante 8 semanas com 6 min de VCI na posição de flexão de joelhos (15°). Behboudi et al.¹¹ investigaram os efeitos da VCI sobre os níveis de glicemia sanguínea em 18 homens iranianos diabéticos tipo 2 submetidos a 8 semanas ao treino na PV (30 Hz) com amplitude de 2 mm e duração de 8 a 12 min e a exercício aeróbico (caminhada de 30 a 60 min, 3x/semana), tendo observado diminuição da glicemia nos grupos submetidos à VCI e ao exercício aeróbico. Nosso estudo evidenciou aumento da glicemia nos grupos avaliados, entretanto, tal aumento se encontra dentro dos limites de normalidade e é possível que tal fato esteja relacionado aos hábitos alimentares dos indivíduos avaliados.

Theodorou et al.¹¹ não observaram modificações no EO após período de treino de 8 semanas em 28 mulheres gregas submetidas ao treino na PV (25 Hz) com amplitude de 6 mm, por 6 min e durante 8 semanas, em frequência de três vezes semanais com posicionamento de flexão de joelhos a 10°. Ressalta-se que algumas limitações ocorreram durante a presente pesquisa, como o aumento do IMC durante o período de treino em ambos os grupos avaliados, o reduzido tamanho amostral e as desistências ocorridas durante o período de intervenção. Ressalta-se a importância do desenvolvimento de novas pesquisas em idosos, pois são escassos os estudos sobre o perfil bioquímico e estresse oxidativo em indivíduos submetidos à vibração de corpo inteiro.

CONCLUSÃO

Na amostra avaliada, o treino com VCI aumentou os níveis de eosinófilos, da glicemia, creatinina e massa gorda e reduziu os níveis de monócitos, massa magra e gasto metabólico, não tendo alterado o estresse oxidativo das idosas avaliadas. Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos controlados que elucidem os efeitos fisiológicos e clínicos da vibração de corpo inteiro.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado e Doutorado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul, pelo apoio concedido para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Benavent-Caballer V, Juan Francisco Lisón JF, Rosado-Calatayud P, Amer-Cuenca JJ, Segura-Orti E. Factors associated with the 6-minute walk test in nursing home residents and community-dwelling older adults. *J Phys Ther Sci*, 2015; 27:3571-8. doi: <https://doi.org/10.1589/jpts.27.3571>
2. Corriere MD, Yao W, Xue QL, Cappola AR, Fried LP, Thorpe JR. et al. The association of neighborhood characteristics with obesity and metabolic conditions in older women. *Nutr Health Aging*, 2014; 18: 792-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0477-5>
3. Bernardo-Filho M, Sá-Caputo DC, Pedrini AG, Chang S. Alleviation of symptoms in blepharitis with acupuncture and vibration in an oscillating platform: a case report. *Adaptive Medicine*, 2014; 6: 32-37. doi: <https://doi.org/10.4247/AM.2014.ABD070>
4. Reijne AC, Ciapaite J, van Dijk TH, Havinga R, van der Zee EA, Groen AK. Whole-body vibration partially reverses aging-induced increases in visceral adiposity and hepatic lipid storage in mice. *PLoS One*, 2016; 11: e0149419. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149419>
5. Gonçalves EC, Policarpo F, Fernandes-Filho J. Equação de estimativa da composição corporal de idosos do sexo masculino. *Rev. Salud Pública*, 2014; 16: 753-764. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n5.40161>
6. Faria ER, de Faria FR, Gonçalves VS, Franceschini SC, Peluzio MC, Sant'Ana LF. et al. Prediction of body fat in adolescents: comparison of two electric bioimpedance devices with dual-energy X-ray absorptiometry. *Nutr Hosp*. 2014; 30:1270-8. doi: <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7793>
7. Gómez-Cabello A, González-Agüero A, Ara I, Casajús JA and Vicente-Rodríguez G. Effects of a short-term whole body vibration intervention on lean mass in elderly people. *Nutr Hosp*, 2013; 28:1255-1258. doi: <https://doi.org/10.3305/>

nh.2013.28.4.6491

8. Severino G, Sanchez-Gonzalez M, Walters-Edwards M, Nordvall M, Chernykh O, Adames J, Wong A. Whole-body vibration training improves heart rate variability and body fat percentage in obese hispanic postmenopausal women. *J Aging Phys Act*, 2016; 5:1-25. doi: <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0087>
9. Milanese C, Piscitelli F, Zenti MG, Moghetti P, Sandri M, Zancanaro C. Ten-week whole-body vibration training improves body composition and muscle strength in obese women. *Int J Med Sci*. 2013;10: 307-11. doi: <https://doi.org/10.7150/ijms.5161>
10. Theodorou AA, Gerodimos V, Karatrantou K, Paschalis V, Chanou K, Jamurtas AZ, Nikolaidis MG. Acute and chronic whole-body vibration exercise does not induce health-promoting effects on the blood profile. *J Hum Kinet*. 2015; 10:107-18. doi: <https://doi.org/10.1515/hukin-2015-0039>
11. Behboudi L, Azarbayjani MA, Aghaalinejad H, Salavati M. Effects of aerobic exercise and whole body vibration on glycaemia control in type 2 diabetic males. *Asian J Sports Med*, 2011;2:83-90.
12. Monteiro MOB, Sá-Caputo DC, Carmo FS, Bernardo RM, Pacheco R, Arnóbio A, et al. Effects of short-period whole-body vibration of 20 Hz on selected blood biomarkers in wistar rats. *Chinese Journal of Physiology*, 2015; 58: 211-218. doi: <https://doi.org/10.4077/CJP.2015.BAD303>
13. Baumann CW, Kwak D, Liu HM, Thompson LV. Age-induced oxidative stress: how does it influence skeletal muscle quantity and quality? *J Appl Physiol*, 2016; 121: 1047-1052. doi: <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00321.2016>
14. Leite, LEA, Resende TL, Nogueira GM, Cruz IBM, Schneider RH, Gottlieb MG. Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2012; 15:365-380. doi: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200018>
15. Liu Y, Zhai M, Guo F, Shi T, Liu J, Wang X. et al. Whole body vibration improves insulin resistance in db/db mice: amelioration of lipid accumulation and oxidative stress. *Appl Biochem Biotechnol*, 2016;179:819-829. doi: <https://doi.org/10.1007/s12010-0162033-8>
16. Naghii MR, Hedayati M. Whole body vibration as a safe exercise training method induces no impaired alterations on rat plasma antioxidant biomarkers. *Acta Physiol Hung*, 2013;100:321-328. doi: <https://doi.org/10.1556/APhysiol.100.2013.009>
17. Broskey NT, Boss A, Fares EJ, Greggio C, Gremion G, Schlüter L. Exercise efficiency relates with mitochondrial content and function in older adults. *Physiol Rep*, 2015; 3: e12418. doi: <https://doi.org/10.14814/phy2.12418>
18. Tomiya MTO, Pinho CPS, Cabral PC. Anemia e fatores associados: um estudo em idosos hospitalizados. *Rev Bras Nutr Clin*. 2014; 29: 296-303.
19. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes. 2015-2016, Rio de Janeiro: 2015.
20. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2013;101(4):1-22. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.2013S010>
20. Abensur, H. Biomarcadores na Nefrologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. E-book da Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2011. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/biomarcadores.pdf>
21. Sitjà-Rabert M, Martínez-Zapata MJ, Fort Vanmeerhaeghe A, Rey Abella F, Romero-Rodríguez D, Bonfill X. Effects of a whole body vibration (WBV) exercise intervention for institutionalized older people: a randomized, multicentre, parallel, clinical trial. *J Am Med Dir Assoc*, 2015;16:125-131. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.07.018>
22. Álvarez-Barbosa F, del Pozo-Cruz J, del Pozo-Cruz B, Alfonso-Rosa RM, Rogers ME, Zhang Y. Effects of supervised whole body vibration exercise on fall risk factors, functional dependence and health-related quality of life in nursing home residents aged 80+. *Maturitas*, 2014;79(4):456-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.09.010>
23. Braz Júnior DS, Andrade AD, Teixeira AS, Cavalcanti CA, Morais AB, Marinho PEM. Whole-body vibration improves functional capacity and quality of life in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a pilot study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2015; 10: 125-32. doi: <https://doi.org/10.2147/COPD.S73751>
24. Marin-Cascales E, Alcaraz PE, Rubio-Arias JA. Effects of 24 weeks of whole body vibration vs. multi-component training on muscle strength and body composition in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *Rejuvenation Res*, 2017; Jan 19. doi: <https://doi.org/10.1089/rej.2016.1877>

Recebido em: 24/02/2021

Aceito em: 27/02/2021

Como citar: MACHADO, Greice Raquel et al. Efeitos da vibração de corpo inteiro sobre a composição corporal e perfil bioquímico de idosas. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, jan. 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/16261>>. Acesso em: 01 jan. 2020. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v3i1.16261>



Agente comunitário de saúde na atenção integral à saúde da mulher: dificuldades para o desenvolvimento das ações

Community health agent in integral care for women's health: difficulties for the development of actions

Luciane Maria Schmidt Alves¹, Francieli Ester Müller¹, Guilherme Mocelin¹, Emanuella dos Santos Vargas¹, Vera Elenei da Costa Somavilla¹, Suzane Beatriz Frantz Krug¹

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar as principais dificuldades e ansiedades apontadas pelos Agentes Comunitários de Saúde em relação ao desenvolvimento das ações de saúde da mulher junto à comunidade. **Método:** estudo qualitativo de caráter descritivo exploratório, realizado com 102 Agentes Comunitários de Saúde que atuam na rede básica de saúde do município de Santa Cruz do Sul. A coleta de dados ocorreu durante a realização de uma atividade educativa, mediante o preenchimento de um formulário autoaplicável contendo um roteiro de questões semiestruturadas. A exploração dos dados ocorreu através da análise temática. **Resultados:** as principais dificuldades evidenciadas pelos Agentes Comunitários de Saúde foram os obstáculos referentes ao acesso da população aos serviços de saúde, como distância entre as residências e unidades de saúde, os horários dos atendimentos e restrição da disponibilidade do transporte coletivo. No que se refere a baixa adesão da população feminina aos serviços de atenção à saúde da mulher, fatores como baixo grau de escolaridade, precárias condições de vida, aspectos culturais e crenças equivocadas sobre o processo saúde-doenças são apontados como causas desse contratempo. Em relação as fragilidades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde, destacam a falta de conhecimento sobre patologias para realizar orientações e desenvolver ações de educação em saúde. **Conclusão:** a saúde da mulher caracteriza-se por ser uma área repleta de especificidades e peculiaridades, necessitando de condutas diferenciadas para efetivação do cuidado. O Agente Comunitário de Saúde se configura como elemento primordial neste âmbito, visto que atua diretamente no âmbito da comunidade, sendo um mediador entre o serviço de saúde e os usuários.

francieliester@hotmail.com

Palavras-chave:

Agentes Comunitários de Saúde; Educação em Saúde; Saúde da Mulher; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the main difficulties and anxieties pointed out by Community Health Agents in relation to the development of women's health actions in the community. **Method:** qualitative, descriptive exploratory study, carried out with 102 Community Health Agents who work in the basic health network of the municipality of Santa Cruz do Sul. Data collection occurred during the performance of an educational activity, by filling out a form containing a script of semi-structured questions. Data exploration took place through thematic analysis. **Results:** the main difficulties evidenced by the Community Health Agents were the obstacles related to the population's access to health services, such as distance between homes and health units, the hours of the appointments and restrictions on the availability of public transportation. With regard to the low adherence of the female population to women's health care services, factors such as low level of education, poor living conditions, cultural aspects and mistaken beliefs about the health-disease process are pointed out as causes of this setback. Regarding the weaknesses found by Community Health Agents, they highlight the lack of knowledge about pathologies to provide guidance and develop health education actions. **Conclusion:** women's health is characterized by being an area full of specificities and peculiarities, requiring different conducts for effective care. The Community Health Agent is configured as a primary element in this area, since it acts directly at the heart of the community, being a mediator between the health service and users.

Keywords:

Community Health Workers; Health Education; Women's Health; Primary Health Care



INTRODUÇÃO

Os pressupostos teóricos metodológicos do modelo de atenção integral à saúde no Brasil destacam a importância das ações de prevenção de agravos e promoção à saúde para elevar os níveis de saúde da população, melhorando assim, a qualidade de vida. Nesse sentido, os serviços de saúde vêm se estruturando com equipes de atenção básica, visando cobertura total das áreas adscritas. Entre os compositores de uma equipe de Atenção Básica (eAB) ampliada, encontram-se: enfermeiro e médico especialistas em saúde da família (preferencialmente), técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de saúde bucal.^{1,2}

Desde 1991, inicialmente instituído no Ceará, a atenção básica conta com o trabalho dos ACS. Como atividade profissional desde 2002, segundo a Lei nº. 10.507/2002, que cria a profissão e seu exercício se dá no âmbito do SUS e sob a supervisão do gestor local de saúde.³ O acompanhamento dos usuários pelo ACS ocorre de acordo com a área adscrita, denominada microárea de abrangência das Estratégias Saúde da Família (ESF), articulando a comunicação entre a equipe de saúde e os usuários, corroborando com a criação de vínculo entre equipe e usuários, evitando o distanciamento e a descontinuidade das ações de educação permanente no serviços de saúde. Nesta perspectiva, o ACS exerce um relevante papel no sentido de estabelecer elos entre a comunidade, equipes de profissionais de saúde e os gestores municipais.

O processo de trabalho do ACS é construído com as vivências diárias das famílias nos domicílios, agenciando as ações de diferentes modos e perfis de cuidar, no qual destacam-se duas funções centrais, de articulador da rede social, considerando as necessidades de saúde de cada indivíduo e a de mediador de relacionamentos interpessoais.⁴ Logo, o ACS possui a capacidade de contribuir para o processo de transformação social, a partir de uma prática integrada e sistematizada de cada realidade que atua.

Ademais, o ACS é sujeito protagonista e indispensável na atenção à saúde da população feminina, atuando principalmente na educação em saúde, exercendo papel importante na conscientização e busca ativa, favorecendo os diagnósticos precoces e, conseqüentemente, elevando os índices de cura. Nesse contexto, pode-se entender que o ACS está inserido

na organização da prática assistencial, estimulando na população ao autocuidado e a visão crítica de que os próprios hábitos e estilo de vida determinam o estado de saúde dos indivíduos.⁵

Em vista disso, o ACS possui habilidade para promover melhorias na assistência prestada à saúde da mulher. Essa prática precisa ser guiada de forma adequada através da educação permanente considerando as necessidades de cada realidade, a fim de se tornarem multiplicadores dos saberes em saúde.⁶ Sob esta compreensão, objetiva-se identificar as principais dificuldades e anseios apontados pelos ACS em relação ao desenvolvimento das ações de saúde da mulher junto à comunidade.

MÉTODO

Para identificar as principais dificuldades e anseios dos ACS em relação ao desenvolvimento das ações de saúde da mulher junto à comunidade, este estudo teve enfoque qualitativo de caráter descritivo e exploratório.

A pesquisa contou com a participação de 102 ACS atuantes no município de Santa Cruz do Sul (RS), pertencentes às 17 ESFs. A coleta de dados ocorreu durante a realização de uma atividade educativa intitulada “*Agente Comunitário de Saúde na Atenção à Saúde da Mulher*”, promovida pela disciplina prática de Enfermagem na atenção à saúde da mulher, do sexto semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Esta atividade foi realizada no dia 26 de junho de 2018, nas dependências da instituição e contou com a participação de profissionais que atuam na área de saúde da mulher: uma enfermeira, uma médica ginecologista e uma delegada. As temáticas destacadas na fala das profissionais envolveram a saúde da mulher na contemporaneidade, questões relacionadas a saúde, gênero e, ainda, sobre o desenvolvimento das políticas públicas. Para manter o anonimato, os ACS que participaram da pesquisa foram codificadas de forma numérica, onde as letras ACS são seguidas do elemento numérico que expressa a ordem de participação.

Os ACS foram convidados a participar da pesquisa no dia da atividade educativa, após inscrição, quando receberam informações sobre a proposta de estudo, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo todos preceitos éticos. Os ACS receberam um formulário autoaplicável, que contou

com um roteiro semiestruturado, abordando questões fechadas que contemplavam dados de identificação como: idade, gênero, escolaridade e tempo de atuação como ACS; questões abertas relacionadas às ações desenvolvidas pelos ACS na atenção à saúde da mulher e sobre as principais dificuldades para efetivar as ações de saúde da mulher junto à comunidade. Por último, uma questão sobre os assuntos que gostariam obter maior conhecimento sobre a referida temática. Como critérios de inclusão, foi considerado: ser ACS, participar voluntariamente do estudo e estar presente no dia do evento. Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que não atuavam como ACS no município estudado.

Os dados foram analisados através do método de Análise Temática conforme Minayo⁷, que preconiza uma ferramenta analítica, tornando possível o processo de inferências provenientes das informações fornecidas pelo conteúdo da mensagem. A análise temática seguiu as seguintes fases: na pré-análise, os dados foram organizados mediante leitura inicial do conteúdo; na análise ou exploração do material efetuou-se a codificação, categorização e quantificação dos dados; no tratamento do material, inferência ou interpretação, momento em que foram determinados os temas e subtemas chegando às categorias temáticas: “Dificuldades no acesso ao serviço de saúde”; “Dificuldade de adesão dos usuários aos serviços de saúde da mulher” e, “Os anseios dos ACS em relação ao desenvolvimento das ações de saúde da mulher junto à comunidade”.

O presente estudo foi fundamentado em princípios éticos e de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, que orienta e regulamenta estudos envolvendo seres humanos. Para tanto, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC, através do parecer nº 2.669.366.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à Caracterização dos participantes do estudo, participaram 102 ACS que atuavam na atenção básica de saúde do município de Santa Cruz do Sul. A avaliação das características da amostra evidenciou a predominância do gênero autorreferido feminino com 94% dos sujeitos. A faixa etária com maior prevalência compreendeu a idade entre 31 e

40 anos com 41%. No quesito escolaridade, 64% dos sujeitos possuíam ensino médio completo, seguido de 29% com ensino superior completo/em andamento/incompleto. No que tange a ocupação, todos eram ACS com dedicação exclusiva e, o tempo de atuação variou de 1 a 3 anos em 64% dos casos.

Dificuldades no acesso ao serviço de saúde

Esta categoria temática aborda assuntos pertinentes às barreiras elencadas e observadas pelos ACS em relação às dificuldades de acesso da população aos serviços básicos de saúde que garantam qualidade de vida, promoção e recuperação da saúde da população adstrita.

O SUS através de suas políticas garante a existência de uma rede de atenção à saúde articulada, que deve prover condições dignas de vida e acesso universal, integral e equânime às ações e serviços de saúde, voltados à promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção.⁸ Nesta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde, conhecida também como Atenção Básica, é o nível de atenção dentro de um sistema de saúde reconhecido como porta de entrada do indivíduo, onde são desenvolvidas ações individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por intermédio de práticas de cuidado integradas e humanizadas.^{8,9}

De acordo com a Portaria nº 2.436, que institui a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB,¹ para que haja um processo de trabalho pleno e humanizado, recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde possibilitem acesso facilitado à população, garantindo assim, a coordenação do cuidado, através da aplicação do acesso e resolutividade das problemáticas. Neste âmbito, a gestão deve conhecer o território de atuação e desenvolver ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade.

Logo, percebe-se sob os achados do presente estudo, que existem contratempos impedindo a efetivação de tais ações, uma vez que as dificuldades de acesso apresentadas pelos ACS enfatizam, em primeiro lugar, os horários de atendimento, relatando que os trabalhadores necessitam de horários alternativos sugerindo um horário no contraturno de funcionamento habitual da unidade, facilitando o acesso aos serviços de saúde.

Pensando nisso, a PNAB ressalta que, em relação ao acesso da população aos serviços de saúde, torna-se imprescindível que o processo de trabalho

na AB acolha todas as pessoas de modo universal e sem diferenciações excludentes, fazendo de suas necessidades o principal referencial para a definição de ações e serviços, permitindo, além de diferenciações de horário de atendimento estendido aos sábados, alternativas que facilitem os agendamentos, utilizando recursos como: e-mail, telefone, WhatsApp, entre outros.

Alguns ACS atuam no meio rural, onde as residências encontram-se distantes das Unidades Básicas de Saúde, apresentando um contraponto para o acesso e conseqüentemente à adesão aos serviços de saúde. Além da distância, o meio rural apresenta outro fator dificultador, como restrição na disponibilidade de horários do transporte coletivo e estradas precárias. Por este mesmo motivo observa-se a necessidade de criar alternativas de atendimentos a estes locais, como unidades móveis, e outras anteriormente citadas. Ademais, recomenda-se evitar barreiras de acesso, como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população, instâncias essas que podem ser aprimoradas com a participação social.^{1,8} Como torna-se explícito nas falas dos sujeitos que seguem:

As distâncias dificultam às mulheres a fazer os exames de rotina, pois a ESF no interior é extenso em quilômetros. (ACS 89)

A gente tenta chamar, mas só temos o espaço da UBS para fazer os atendimentos, não tem transporte para se deslocar e muitos acabam não indo mesmo, pela distância, pelo trabalho e por não dar a devida importância. (ACS 93)

Baixa flexibilidade de horários dos enfermeiros e médicos. (ACS 77)

Em consonância aos achados do estudo fica evidente que as falas dos sujeitos denotam a distância entre suas casas, a inflexibilidade de horários e ausência ou baixa disponibilidade de transportes como um dos principais pontos que dificultam o acesso dessa população. Tais barreiras para o acesso dos serviços de saúde fragiliza a continuidade dos atendimentos e, em soma, a qualidade de vida dessa mulher em acompanhamento ou em tratamento de saúde, o que pode culminar em processos de adoecimento e desassistência pela não procura dos espaços adequados de promoção e recuperação da integridade de saúde.

Dificuldade de adesão dos usuários aos serviços de saúde da mulher

O presente eixo temático aborda as principais dificuldades vivenciadas no cotidiano de trabalho pelos ACS no que se refere a adesão das usuárias, nos diferentes ciclos de vida, aos serviços de atenção à saúde da mulher. Apesar da busca ativa realizada pelos serviços de saúde, os ACS destacaram que muitas mulheres adultas não realizam exames preventivos conforme orientações da equipe de saúde.^{10,11}

As políticas públicas estabelecem que a saúde da mulher deva ser concretizada no âmbito da atenção básica em saúde, tendo como foco a prevenção e a promoção da saúde. Dentre os cuidados previstos para a saúde da mulher, o exame Papanicolau ou Colpocitológico é o mais difundido e utilizado em diversos países para o rastreamento e detecção precoce do câncer de colo uterino. Ainda, o câncer quando detectado precocemente demanda de um tratamento de menor custo para o Estado e com elevado percentual de cura, proporcionando benefícios para o indivíduo e sua coletividade.

Pode-se observar que a falta de adesão às atividades preventivas prevalece nos diferentes ciclos de vida, especialmente em locais de maior vulnerabilidade social, em que a baixa escolaridade é mencionada pelos ACS como fator significativo para a dificuldade de entendimento das informações. Nessa direção, percebe-se fragilidades relacionadas a uma comunicação eficaz. Os ACS referem dificuldades de adesão das usuárias adolescentes aos serviços de saúde e destacam a dificuldade na comunicação como fator preocupante, pois entendem que apesar de serem informadas sobre a importância do uso de preservativos e contraceptivos, ainda ocorrem muitos casos de gravidez indesejada, conforme a fala abaixo: *Dificuldade de comunicação com as adolescentes [...] gravidez precoce, infecções sexualmente transmissíveis* (ACS, 72).

Muitas jovens menores de idade grávida [...] a gente aborda mas não adianta (ACS, 61).

As mães não gostam que suas filhas sejam orientadas na adolescência, acham que estamos estimulando e não prevenindo (ACS, 01).

Em relação aos comportamentos de adesão, diversos fatores podem influenciar, sendo eles intrínsecos (crenças relacionadas com as doenças, com o tratamentos, com a relação entre a equipe de saúde), bem como extrínsecos (relacionados às

políticas de saúde e ao contexto social em que essas mulheres estão inseridas, envolvendo saúde sexual e reprodutiva). Ainda, outros fatores podem ser a causa dessa não adesão, como o grau de escolaridade, a precariedade no emprego, as redes de apoio social, as condições de vida, a distância da unidade de rastreio, a acessibilidade de transportes, as situações de mudança ambiental, a cultura e as crenças sobre saúde e doença.¹²

Uma comunicação efetiva dentro do processo de educação em saúde é fundamental na prestação dos cuidados à saúde, pois aproxima o usuário dos profissionais interferindo na adesão ao serviço de saúde. Além disso, para sua eficiência, precisa existir o respeito entre pensamentos, crenças e culturas pessoais envolvidas entre os componentes.^{12,13}

A adolescência é um período da vida de formação de opiniões e hábitos, que serão levados por todos os momentos futuros vivenciados. Trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por grandes transformações física, psíquicas e sociais, situa-se entre a infância e a idade adulta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) estabelecem, cronologicamente, dos 10 aos 19 anos, a faixa etária dos adolescentes. Neste período da vida, os indivíduos assumem comportamentos para os quais ainda não estão preparados, implicações no processo reprodutivo e na própria saúde sexual. Em alguns casos, iniciam os relacionamentos sexuais precoces, aumentando a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e à gravidez na adolescência. Esta última, resulta no ingresso na vida adulta precocemente, sem preparo psicológico, forçando mulheres a mudarem seus modos de vida.¹⁴

Desta forma, a equipe de saúde é responsável pelas intervenções necessárias para minimizar esses acontecimentos, representando um desafio para os profissionais, já que a fase da adolescência se caracteriza por alterações, inquietações e desenvolvimento corporal, psicológico e mental. Os fatores que interferem nesta questão são a concepção familiar e o nível de escolaridade dos jovens.¹⁵

Outro ponto a ser considerado em relação a baixa adesão das usuárias aos serviços de saúde da mulher, refere-se ao atendimento para exames ginecológicos realizado por enfermeiros homens, o que retrata a presença de fatores culturais, como observado nas falas a seguir: *Resistência da comunidade, quando o exame é feito por homens*

(ACS, 01).

Não querem fazer por vergonha e fatores culturais e também por ser um enfermeiro homem na nossa unidade, elas não querem (ACS, 88).

A prevalência do gênero feminino nas práticas de enfermagem é uma realidade comum desde os tempos remotos, desempenhando a arte do cuidar das mais diferentes formas e esses saberes eram passados de geração para geração. Reforçando esta ideia, temos a figura matriarcal considerada a primeira enfermeira da família, transmitindo seus saberes acerca dos cuidados para as gerações femininas seguintes. Neste sentido, a perspectiva de gênero tornou-se fundamental para que pudesse compreender a enfermagem no âmbito da prática, seja qual sua área de atuação.¹⁶

Outro aspecto mencionado pelos ACS que está relacionado à dificuldade na comunicação das usuárias que sofrem situações de violência doméstica. Afirmam que, diante de episódios agudos ou consequências crônicas de violência, as mulheres tendem ao isolamento e à depressão.¹⁷⁻²⁰ Diante de tal realidade, os profissionais de saúde devem proporcionar atendimento digno, respeitoso e promover apoio emocional, uma vez que se encontram diante de situações que são caracterizadas pela complexidade social e psicológica.

Os resultados também apontam que há falta de compreensão das usuárias sobre o papel da ESF, sendo avaliado pela maioria das mulheres como unidade curativa e não preventiva. Nesse sentido, volta-se a pensar na importância de uma comunicação eficiente entre profissional de saúde e comunidade no geral, como também, nas evidências destacadas pelos ACS, sobre dificuldades na adesão por parte dessa população feminina, ao autocuidado, às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde.

Em relação a alguns aspectos desses resultados, considerados comuns na assistência à saúde da população no geral, a falta de adesão pode ocorrer por diferentes situações: a distância entre a formação recebida e a realidade prática dos profissionais da área da saúde; a distância entre planejadores de saúde e a população; e sobre a lacuna do diálogo profissional. A primeira situação diz respeito ao profissional da rede básica de saúde, que muitas vezes não havia tido contato com a realidade da comunidade, tão pouco com as crenças e saberes da população, levando em consideração apenas o saber científico, desconsiderando toda e qualquer

informação advinda da realidade prática. A segunda situação denota a incoerência dos planejamentos levando-se em consideração a real necessidade e/ou possibilidade da comunidade ali presente. A terceira enfatiza sobre a falta de aproximação entre o acolhimento do profissional com a usuária, ou ainda, sobre a dificuldade em repassar as informações de forma clara para que se estabeleça uma comunicação.²⁰

Alguns pontos são relevantes para a explicação dos resultados encontrados, pois para assegurar a integralidade do cuidado, de maneira que se forneça aos usuários da área adscrita recursos capazes de compreender o funcionamento do serviço que o atende e a sua potencialidade para responder às necessidades de saúde da população, é necessária a promoção de discussões sobre os serviços disponíveis como forma de expandir o conhecimento dos usuários, sanar dúvidas e aumentar o elo entre a assistência à saúde e o paciente. Ainda, a melhor articulação da rede e instrução dos usuários é uma forma de aperfeiçoar a resolubilidade na atenção básica. Além disso, a otimização do serviço minimiza o desgaste dos profissionais de saúde na busca de alternativas para garantir o atendimento integral às necessidades dos usuários.²⁰

Diante da realidade exposta pelos ACS, pode-se afirmar que tais dificuldades complexificam a realização de ações de prevenção e educação em saúde, contexto que merece destaque, visto que tais ações são imprescindíveis para promover uma saúde de forma integral e com qualidade. Nesta perspectiva, o ACS configura-se como profissional estratégico para efetivação do vínculo nessa relação, uma vez que atua diretamente no âmago da comunidade, conhecendo a dinâmica social e os modelos de organização dos mesmos.

Fragilidade no desenvolvimento das ações de saúde da mulher junto à comunidade

Esse eixo temático aborda o sentimento de anseio e fragilidades destacadas pelos ACS no que se refere a falta de conhecimento para realizar algumas orientações junto à comunidade feminina, especialmente, por evidenciarem ser, por vezes, o único elo entre o serviço de saúde e usuária.

O ACS é um mediador entre a população do território e o serviço de saúde, através de ações educativas, prevenção de agravos, promoção e vigilância da saúde e como agente social, no sentido de transformação de suas condições de vida. Ele

desempenha papel essencial na atenção integral à saúde da mulher, podendo realizar orientações que dizem respeito a todas as fases do ciclo de vida da mulher, desde a puberdade até a menopausa. Por conta disso, o desempenho do cuidado à saúde das mulheres requer desses profissionais múltiplos saberes e habilidades, o que implica a necessidade de formação sólida e permanente desses trabalhadores, com foco na atuação em equipe.

Quando questionados sobre as fragilidades e anseios relacionados às ações de saúde da mulher junto à comunidade, do total de 102 ACS participantes do estudo, 23,5% dos sujeitos não responderam a questão e os outros 76,5% apontaram temáticas que possuem fragilidade de conhecimento, o que prejudica o repasse de informações sobre prevenção e cuidados em saúde a população. Apenas quatro ACS responderam que não apresentam dificuldades em relação às temáticas de abordagem voltadas às mulheres.

A maioria das respostas apontaram necessidades de conhecimento relacionados a patologias, incluindo gravidez de risco, gravidez na adolescência, aborto, variações que ocorrem nos diversos ciclos de vida da mulher como menopausa, alterações hormonais, mudanças corporais no envelhecimento, como pode-se observar nos relatos: *Saber mais sobre gravidez e mudanças do corpo da mulher; ajudaria (ACS, 14).*

Tenho bastante dúvidas sobre doenças (ACS, 62).
Sobre depressão, violência doméstica, e os ciclos de vida (envelhecimento) (ACS, 48).

A educação permanente em saúde é um processo desafiador no cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica, especificamente na ESF. O processo de qualificação desses profissionais ainda se configura de maneira desestruturada, fragmentada e insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o desempenho adequado de suas funções, de modo que os mesmos possam atender às necessidades das famílias, com capacidades de direcionar o olhar e as ações de saúde para além das práticas clínicas e curativas, incorporando outros saberes que os habilitem nesse processo de interação cotidiana com as famílias.²⁰⁻²²

Sob essa perspectiva compreende-se que o ACS possui papel indispensável junto a comunidade na microárea que reside, sendo este responsável principalmente por: cadastramento domiciliar, atividades educativas referente a promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a vigilância em

saúde realizada de porta em porta.²² Assim sendo, é indispensável que o ACS oriente a comunidade a procurar um profissional de saúde - enfermeiro ou médico - para o esclarecimento de dúvidas referente a patologias e especificidades, uma vez que, a finalidade da equipe multidisciplinar caminha ao encontro desse trabalho articulado, onde se desenvolvem atividades conjuntas respeitando os espaços ocupados por cada profissional.²²⁻²⁴

CONCLUSÃO

O SUS possui como um dos seus princípios a integralidade do indivíduo, garantindo a todos o direito ao acesso à saúde. No Brasil, no âmbito populacional, as mulheres representam uma parcela significativa, compondo uma das áreas da diversidade de usuários do SUS que, diante de suas especificidades e peculiaridades, necessitam de condutas diferenciadas para efetivação do cuidado. O ACS, como um mediador entre a população do território e o serviço de saúde, articula a comunicação entre a equipe de saúde e os usuários, criando vínculo, evitando o distanciamento e a descontinuidade das ações educativas permanentes nos serviços de saúde.

Os resultados obtidos durante a pesquisa com os ACS demonstraram que as principais dificuldades e anseios apontados em relação ao desenvolvimento das ações de saúde da mulher junto à comunidade permearam a dificuldade das usuárias ao acesso aos serviços de saúde, dificuldades de adesão das usuárias às ações de saúde da mulher e fragilidades no conhecimento dos ACS para realizar orientações sobre temáticas que envolvem saúde da mulher. Em se tratando das dificuldades de acesso ao serviço de saúde, através das colocações dos ACS, percebeu-se que os horários de atendimento das ESFs não são facilitadores para os usuários, sendo o contraturno uma sugestão para funcionamento da unidade. Ainda, a distância e os precários meios de transporte coletivos no meio rural também são compreendidos como empecilho para o acesso.

Em relação a dificuldade de adesão das usuárias ao serviço de saúde da mulher observou-se que ocorre nos diferentes ciclos de vida, envolvendo vulnerabilidade social, baixa escolaridade (entendimento das informações) e necessidade de aprimoramento da comunicação entre profissionais e usuários. Os fatores podem ser intrínsecos, relacionados com crenças, tratamentos, ou ainda,

extrínsecos, relacionados com políticas de saúde e o contexto social. A baixa adesão também esteve relacionada com a atuação masculina na enfermagem, principalmente em coletas de exames ginecológicos, e ainda, com a falta de interesse da população feminina, incluindo as adolescentes, em relação à promoção da saúde e prevenção de agravos a saúde.

Importante destacar as percepções dos ACS no que se refere a baixa escolaridade, já que esta influencia no controle eficaz da saúde por limitar o entendimento das orientações, na compreensão da importância das mesmas e na adesão aos tratamentos propostos. Por fim, os anseios sinalizados pelos ACS apontaram necessidades de conhecimentos acerca de patologias, apesar de não ser a atividade fim desses profissionais, levando em consideração que tais demandas devem ser supridas pelos profissionais de enfermagem e médicos, cabendo a aqueles, orientar e direcionar a população até a ESF, para tais atendimentos.

Conclui-se que por maiores que sejam as dificuldades encontradas pelos ACS, estes profissionais desempenham papel fundamental no que tange a saúde da mulher, pois promovem a saúde e o bem estar da população. Ainda, se apresentam como protagonistas na atenção à saúde, principalmente ao atuarem em educação em saúde, conscientizando e realizando busca ativa, o que favorece diagnósticos precoces e aumenta as chances de cura para mulheres. Por fim, sugere-se que se invista em ações e capacitações que visem melhorar a comunicação entre os profissionais da equipe de saúde, para que assim os ACS não sintam ansiedade ou dificuldades para o desenvolvimento de ações de saúde, além de terem clareza do seu papel junto à comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
2. Brasil. Lei nº. 8.080, dia 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, set. 1990.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 10 Jul 2002
4. Lorenzi CG, Pinheiro RL. A (des)valorização do agente

- comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2016, 21(8): 2537-2546. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da emenda constitucional nº 51, de 14 fev. 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, out. 2006.
6. Aquino MGC. O Agente Comunitário de Saúde na atenção à gestante e à puérpera: repercussões de uma estratégia de educação permanente. Salvador, Universidade Federal da Bahia, 2014.
7. Minayo MC. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec, 2010.
8. Graça BC, Mariano MM, Gusmão MAJX, Cabral JF, Nascimento VF, Gleriano JS, Hattori TY, Trettel ACPT. Dificuldades das mulheres privadas de liberdade no acesso aos serviços de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* 2018;31(2):1-9. doi: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.7374>
9. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(5):726-32. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500003>
10. Junior JCO, Oliveira LD, Sá RM. Fatores de adesão e não adesão das mulheres ao exame colpocitológico. *Rev Elet Gest Saúde* 2015;06(01):184-200.
11. Rodrigues KAF, Santos ZMSA, Santos PDS, Bezerra KAF, Carneiro RF, Aguiar ACT, Rolim KMC, Frota MA. Adhesión de la mujer hipertensa al estilo de vida saludable – una tecnología educativa en salud. *Campo Abierto. Revista De Educación* 2018;37(1):107-18.
12. Ferreira MM, Ferreira S, Ferreira N, Andrade J, Duarte J. Adesão ao Rastreamento do Câncer do Colo do Útero e da Mama da Mulher Portuguesa. *Rev Millenium* 2014;47(1):83-96.
13. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Pinto AAG, Morais APP, Araújo MFM. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* 2017;38(4):2016-0066. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>
14. Carneiro RF, Silva NC, Alves TA, Albuquerque DO, Brito DC, Oliveira LL. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. *Rev Sanare Sobral* 2015;14(1):104-8.
15. Ribeiro VCS, Nogueira DL, Assunção RS, Silva FMR, Quadros KAN. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro* 2016;1(6):1957-75. doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.881>
16. Souza LL. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Rev Ciên Cognição* 2014;19(2):218-32.
17. Netto LA, Pereira ER, Tavares JMAB, Ferreira DC, Broca PV. Atuação da Enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. *Rev Min Enferm* 2018; 22(1):1-8. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180080>
18. Sehnem GD, Lopes EB, Tier CG, Ribeiro AC, Maciel VQS, Castilhos L. Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFSM* 2019; 9(62):1-19. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769235061>
19. Bervian G, Costa MC da, Silva EB da, Arboit J, Honnef F. Violencia contra las mujeres rurales: concepciones de profesionales de la red intersectorial de atención. *Enferm Glob* 2019;18(54):144-79. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.324811>
20. Justo CM, Duque A, Lopes QS, Carvalho ES, Moreno AC, Silva R, Santos VK, Bandeira GF. Acessibilidade em unidade básica de saúde: a visão de usuários e profissionais. *Rev Saúde Col UEFS* 2017;7(1):16-23.
21. Nicésio MG, Oliveira ISB, Alves MI, Alvez AC, Carvalho VV, Lenza NFB. Perfil de gestantes atendidas na atenção primária em uma cidade do interior de Minas Gerais. *Rev Inic Cient Libertas* 2018;8(1):70-86.
22. Coelho JG, Vasconcelos LCF, Dias EC. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. *Rev Trab. Educ. Saúde* 2018;16(2):583-604. doi: <http://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00113>
23. Santos PZ, Dias JI, Alves RB. Educação permanente sobre a atenção psicossocial em situação de desastres para agentes comunitários de saúde: um relato de experiência. *Rev. Saúde em Debate* 2020;43(3):200-8. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S315>
24. Santos JC, Melo W. Estudo de Saúde Comparada: os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Rev Interinstitucional Psicologia* 2018;11(1):79-98. doi: <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110107>

Recebido em: 15/09/2020

Aceito em: 07/12/2020

Como citar: ALVES, Luciane Maria Schmidt et al. Agente comunitário de saúde na atenção integral à saúde da mulher: dificuldades para o desenvolvimento das ações. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, jan. 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/15776>>. Acesso em: 01 jan. 2020. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v3i1.15776>.



Qualidade de vida e qualidade do sono na percepção de residentes multiprofissionais: estudo transversal

Quality of life and quality of sleep in multiprofessional residents perception: a cross-sectional study

Fernanda Bastos¹, Maria Eduarda Lara de Oliveira¹, Eduarda Chaves Silveira¹, Dulciane Nunes Paiva¹, Eboni Marília Reuter¹

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: o Programa de Residência Multiprofissional de Saúde (PRMS) é uma modalidade de pós-graduação que permite aos profissionais da área da saúde uma formação com qualidade e supervisionada, com duração de dois anos e reconhecida como uma forma eficaz. Entretanto, com seus malefícios pelo desgaste físico, emocional e a competitividade, assim podendo causar distúrbios do sono. **Objetivo:** avaliar a percepção da qualidade de vida e qualidade de sono dos Residentes de equipe multiprofissional de um hospital do interior do Sul do Brasil. **Método:** estudo transversal, realizado com Residentes multiprofissionais de um programa vinculado a um hospital universitário. Foram entregues instrumentos autoaplicáveis, contendo ficha de identificação e características do exercício profissional, questionário World Health Organization Quality of Life, versão bref (WHOQOL-bref) e o Índice de Qualidade de Sono Pittsburgh (PSQI). As diferenças entre os desfechos para o tempo em exercício profissional calculadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson ou U de Mann-Whitney. **Resultados:** em relação à Qualidade de Vida dos 18 Residentes respondentes, baixa qualidade de vida foi predominante em todos os domínios, exceto para relações sociais, em que a maior frequência foi observada para escore > 70%. Residentes com até 24 meses de exercício profissional apresentaram maior escore no domínio relações sociais, quando comparado aos seus pares com mais tempo de atuação. Já na qualidade de sono, foi identificado que 61% dos Residentes foram categorizados com qualidade de sono 'Ruim', embora tenham identificado uma 'Boa' qualidade de sono no último mês. Residentes com até 24 meses de exercício profissional apresentaram maior pontuação no domínio relações sociais, quando comparado aos seus pares com mais tempo de atuação. **Conclusão:** os Residentes possuem baixos escores nos domínios de qualidade de vida, sendo que o domínio relações sociais foi diferente conforme o tempo em exercício profissional, bem como uma qualidade de sono ruim.

lara2@mx2.unisc.br

Palavras-chave:

Qualidade de vida; Sono;
Hospital de ensino;
Equipe multiprofissional;
Trabalhador da saúde.

ABSTRACT

Introduction: the Multiprofessional Health Residency Program is a graduate program that allows healthcare professionals to have quality and supervised training, lasting two years and recognized as an effective way. However, with its harmful effects due to physical, emotional and competitiveness, it can cause sleep disorders. **Objective:** to evaluate the quality of life and quality of sleep perception in Residents of multiprofessional team of a South of Brazil hospital. **Method:** cross-sectional study carried out with multiprofessional Residents of a program linked to a university hospital. Self-administered instruments were issued, containing identification form and characteristics of professional practice, World Health Organization Quality of Life questionnaire, bref version (WHOQOL-bref), and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The differences between the outcomes for time in professional practice calculated using Pearson's chi-square test or Mann-Whitney U test. **Results:** about the Quality of Life of the 18 respondents, low quality of life was prevalent in all domains, except for social relationships, where the highest frequency was observed for a score > 70%. Residents with up to 24 months of professional experience had a higher score in the social relations domain when compared to their peers with longer experience. As for sleep quality, it was identified that 10 of the Residents were categorized as 'poor' sleep quality, although they identified a 'good' sleep quality in the last month. **Conclusion:** Residents have low scores in the quality of life domains, and the social relation's domain was different according to the time in professional practice, as well as poor sleep quality.

Keywords:

Quality of life; Sleep;
Teaching hospital; Multi-
professional team; Health
worker.



INTRODUÇÃO

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) é uma modalidade de pós-graduação classificada como *lato sensu*,¹ que tem como foco a educação em serviço, tendo como finalidade possibilitar uma formação de qualidade aos profissionais da área da saúde, através de acompanhamento supervisionado, fazendo com que os residentes consigam lidar com a dualidade de serem estudantes de pós-graduação, mas também profissionais habilitados por seus respectivos conselhos profissionais.² Os programas têm dois anos de duração com carga horária total de 5760 horas, tendo 80% da carga horária de atividades práticas e 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas totalizando, 60 horas semanais, que priorizam as atividades em atenção primária à saúde e hospitalares.³

A Residência é reconhecida como uma forma eficiente para a qualificação dos profissionais, entretanto pode gerar desgaste físico e mental, proveniente das condições laborativas, sobrecarga de trabalho e baixa remuneração. Tais fatores podem incluir o medo de fracassar, de ser mal interpretado, longas jornadas, cansaço emocional e físico, competitividade no ambiente de trabalho, não ter reconhecimento no trabalho realizado, atividades estafantes e insegurança.^{4,5}

A qualidade de vida abrange dimensões físicas, psicológicas, tecnológicas e sociais, correspondendo a uma organização mais saudável e humana. Sendo este fato importante para a realização de qualquer atividade, que tem como enfoque a melhoria da qualidade de vida da população, sendo assim, é fundamental que os profissionais tenham plenas condições de trabalho e de vida.⁶

Nesse contexto, os distúrbios do sono são frequentes, podendo refletir no aumento da morbidade e do risco da ocorrência de acidentes, redução do desempenho, instabilidade de humor, diminuição da produtividade, menor expectativa de vida, transtornos do relacionamento social e comportamento, reduzindo a concentração e atenção e podendo causar sonolência e déficit de atenção.⁷

Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a percepção da qualidade de vida e qualidade de sono dos residentes de equipe multiprofissional de um hospital do interior do Sul do Brasil.

MÉTODO

Estudo transversal, conduzido em um hospital considerado o principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo. Foram convidados a participar os Residentes do PRMS, na área de concentração em Atenção em Urgência e Emergência, que aceitaram participar desta pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os residentes em período de férias ou em período de intercâmbio. O ministério da Saúde concedeu 20 bolsas anuais, para as áreas de Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Nutrição, Odontologia, Educação Física e Serviço Social.

Para realização da coleta de dados foi entregue uma ficha de identificação na qual consta os dados como idade, sexo, naturalidade, cidade atual, formação, tempo em exercício profissional e em qual ciclo da residência se encontrava. O tempo de profissão foi considerado para análises comparativas, sendo definidas as categorias: ≤ 24 meses e > 24 meses. Juntamente foi entregue o questionário *World Health Organization Quality of Life*, versão *bref* (WHO-QOL-*bref*), e o instrumento Índice de qualidade de sono Pittsburgh (PSQI). Foi realizada a entrega dos instrumentos em outubro/2018 para os Residentes em que todos os questionários eram autoaplicados, sendo possibilitado a entrega dos instrumentos em uma segunda oportunidade (até 15 dias após). Ressaltamos que a presente pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (n° 2.902.219).

World Health Organization Quality of Life-bref

Foi entregue o questionário WHOQOL-*bref*, versão em português,⁸ composto por 26 questões que avaliam quatro aspectos da qualidade de vida, sendo duas questões gerais (questão 1 e 2) e as 24 restantes abordam os domínios: físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19, 26), relações sociais (questões 21, 22, 23) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). As respostas seguem a escala do tipo Likert (pontuam de 1 a 5, quanto maior a pontuação maior a qualidade de vida). Para este instrumento é necessário recodificar o valor de três questões (3, 4 e 26) pois se tratam de itens invertidos. Para o cálculo cada um dos domínios, foram seguidas as recomendações do manual, com resultados apresentados em escores transformados de 0–100.⁹ Para definição de ponto de corte, foi utilizado

como referência 70% do escore máximo, sendo que valores abaixo indicam baixa qualidade de vida.¹⁰

Índice de qualidade de sono Pittsburgh

O PSQI possibilita avaliar os padrões do sono e quantificar a sua qualidade, sendo composto por perguntas relativas às características de sono durante os últimos 30 dias. São 19 questões divididas em 7 categorias: qualidade e latência do sono, sua duração e eficiência habitual, transtornos do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. Cinco questões são respondidas por companheiro de quarto (quando possível), sendo que cada resposta tem um peso que varia numa escala de 0 a 3. As pontuações são então somadas para produzirem um escore global, que varia de 0 a 21, em que, quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono: entre 0 a 5 boa qualidade do sono e acima desse valor, baixa qualidade do sono.¹¹

Os dados foram expressos em mediana (md) e intervalo interquartil (IQ), mínimo e máximo, bem como frequência e percentual, em que as análises foram processadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 22.0). As comparações do tempo em exercício profissional para a qualidade de vida e qualidade do sono foram calculadas pelo teste Qui-Quadrado de Pearson para variáveis categóricas e U de Mann-Whitney para variáveis contínuas.

RESULTADOS

De um total de 38 residentes elegíveis, 19 retornaram os instrumentos, sendo um excluído por

não ter concluído o seu preenchimento. A amostra final foi composta por 18 participantes, os quais tinham uma mediana de idade de 25 anos (IQ: 24 – 27 anos), 16 eram mulheres. Entre as profissões, participaram as áreas: farmácia (n=6), fisioterapia (n=4), odontologia (n=3), nutrição e psicologia (n=2, cada) e serviço social (n=1). Quanto ao tempo de profissão, a mediana foi de 24 meses de atuação (IQ: 17,4 – 38,7), sendo 9 participantes R1 e 9 R2.

Em relação à qualidade de vida, foi identificado que o escore < 70% foi predominante nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, enquanto que para relações sociais, a maior frequência foi observada para > 70%. Todos os Residentes apresentaram escore < 70% para domínio físico, sendo o valor mínimo de 31 e máximo de 69. Nos domínios psicológico e relações sociais o valor mínimo foi de 44 para ambos, deferindo no valor máximo, de 75 e 94, respectivamente. No domínio meio ambiente a mediana foi de 69, sendo que o IQ apresentou mínima variação (IQ: 68 – 70). Dez dos 14 sujeitos classificados com escore < 70% apresentaram o valor de 69 para este domínio (tabela 1).

Em análises adicionais, foi observado que os Residentes com até 24 meses em exercício profissional apresentaram maior pontuação no domínio relações sociais, quando comparado aos seus pares com mais tempo de atuação (≤ 24 meses: md 81 IQ 75 – 94 versus > 24 meses: md 69 IQ 56 – 75; $p = 0,027$). Não foram observadas diferenças para os demais domínios na comparação por tempo de profissão para dados contínuos e não foram observadas diferenças

Tabela 1 – Qualidade de vida (pelo WHOQOL-Brief) de Residentes de um programa Multiprofissional em Saúde de um hospital do interior do Sul do Brasil, 2018/19.

Variáveis	n=18
Domínio físico [md;IQ]	50 (44 – 56)
Escore < 70%	18
Escore > 70%	0
Domínio psicológico [md;IQ]	60 (56 – 63)
Escore < 70%	16
Escore > 70%	2
Relações sociais [md;IQ]	75 (66 – 81)
Escore < 70%	6
Escore > 70%	12
Meio ambiente [md;IQ]	69 (68 – 70)
Escore < 70%	14
Escore > 70%	4

md: mediana; IQ: intervalo interquartil.

para os dados categóricos.

A mediana do somatório dos componentes do PSQI foi 6 (IQ: 5 – 8). Foi identificado durante o último mês que 10 dos Residentes foram categorizados com qualidade de sono ‘Ruim’, ao mesmo tempo que a percepção sobre a qualidade do sono foi predominantemente ‘Boa’. Em relação à dificuldade em manter o entusiasmo na realização de atividades habituais, a maior frequência foi para ‘Um problema razoável’ (tabela 2).

Em relação aos motivos pelos quais os Residentes apresentaram dificuldades para dormir, foi identificado que a maior frequência foi acordar no meio da noite ou prematuramente pela manhã, com 15 participantes referindo tal situação pelo menos 1

vez na semana. Outros motivos com maior frequência incluem precisar levantar para ir ao banheiro e não conseguir adormecer em até 30 minutos (tabela 3).

DISCUSSÃO

Com o objetivo de avaliar a qualidade de vida e qualidade de sono dos participantes de um PRMS de um hospital universitário do interior do Sul do Brasil, foi identificado majoritariamente participantes com escores abaixo do critério estabelecido, sendo identificado uma diferença de pontuação no domínio de relações sociais quando comparado o tempo de formação. Ainda, uma proporção notável desses profissionais apresentou qualidade de sono ruim.

Tabela 2 – Qualidade de sono (pelo Índice de qualidade de sono Pittsburgh) de Residentes de um programa Multiprofissional em Saúde de um hospital do interior do Sul do Brasil, 2018/19.

Variáveis	n=18
Tempo para dormir (minutos)	20 (10 – 40)
Tempo de sono (horas)	7,00 (6,00 – 7,25)
Qualidade do sono no último mês	
Muito boa	1
Boa	10
Ruim	7
Muito ruim	-
Uso medicamento para dormir	
Nenhuma	16
Menos de 1 vez/sem	1
1 ou 2 vezes/sem	1
3 ou mais vezes/sem	-
Dificuldade de ficar acordado	
Nenhuma	8
Menos de 1 vez/sem	3
1 ou 2 vezes/sem	6
3 ou mais vezes/sem	1
Dificuldade em manter o entusiasmo	
Nenhuma dificuldade	2
Um pouco leve	2
Um problema razoável	7
Um grande problema	3
Classificação	
Boa qualidade do sono	8
Ruim qualidade do sono	10

md: mediana; IQ: intervalo interquartil.

Tabela 3 – Situações pelas quais os Residentes de um Programa Multiprofissional em Saúde de um hospital do interior Sul do Brasil, apresentaram dificuldades para dormir (pelo Índice de qualidade de sono Pittsburgh), durante o último mês, 2018/19.

Situações	Nenhuma	< 1 vez/sem	1 ou 2 vezes/sem	≥ 3 vezes/sem
Adormecer	2	8	3	5
Acordou	1	2	9	6
Banheiro	4	5	5	4
Respirar	14	2	1	1
Frio	15	2	1	-
Calor	14	1	3	-
Sonhos	7	5	5	1
Dor	5	9	3	1

A presente pesquisa revela dados de Residentes de um PRMS que possui como características ser localizado no interior do Estado, que iniciou suas atividades em 2015 e com ênfase em Urgência e Emergência. Portanto, tratando de achados inéditos dos Residentes deste programa, em um contexto de escassas publicações com essa categoria de trabalhadores. Como limitações, a taxa de respostas dos Residentes foi de 50%, o que refletiu no reduzido tamanho amostral. Além disso, os participantes não foram questionados quanto a sua saúde mental, incluindo o acompanhamento em serviços de saúde mental ou tratamento medicamentoso para transtornos mentais.

No estudo em tela, as medianas estiveram majoritariamente abaixo de 70% do escore máximo nos domínios físico, psicológico e meio ambiente, similar aos achados de estudo que avaliou 84 Residentes médicos, em Goiânia, 12 os quais obtiveram médias variando entre 59,86 a 62,67 para os referidos domínios, em que estes autores destacam que a carga horária semanal relatada variava entre 40 a 100 horas, sendo que 67% deles realizavam atividades laborais além da residência. No Paraná, 136 Residentes entre o primeiro e quinto ciclo, apresentaram as seguintes médias: domínio físico de 61,7±14,7, psicológico 60,6±14,5, relações sociais 65,0±18,9 e meio ambiente 56,8±11,7, sem diferença entre os sexos, anos de residência e entre as especialidades.¹³

Em estudo¹⁴ com amostra composta por 45 participantes de um PRMS de Pernambuco, e idade média de 27 anos, o desempenho por domínio no WHOQOL-Bref mostrou que o domínio *relações sociais* obteve a maior média, seguido do domínio *psicológico, físico e meio ambiente*, vindo ao

encontro dos achados no presente estudo, que também evidenciou a maior pontuação no domínio *relações sociais*.

Residentes multiprofissionais de Uberaba (MG)⁴ apresentaram o domínio *relações sociais* como menor pontuação entre os R1. Os achados do presente estudo evidenciam que o tempo de formação profissional esteve associado a este domínio, com piores indicadores acima de 24 meses de atuação profissional. Cabe salientar que foram avaliados os Residentes ao final dos ciclos, momento em que o R1 está adaptado à rotina da residência e o R2 imerso na composição do Trabalho de Conclusão e com preocupações sobre seu futuro profissional, podendo ter influenciado os achados. Ao contrário, parte da amostra de Uberaba (MG)⁴ era ingressante da primeira semana do programa. Ainda, o item *relações sociais* é o domínio com menor confiabilidade no WHOQOL-bref.¹⁵

No presente estudo, uma proporção expressiva dos Residentes apresentou qualidade de sono 'ruim'. Ao avaliar a qualidade de sono pelo mesmo instrumento, comparando 105 residentes médicos e 101 estudantes de graduação de medicina, os Residentes apresentaram pior qualidade de sono (média: 6,76 e DP: 2,81 *versus* média: 5,90 e DP 2,39). Foram destacados os valores de duração do sono e a qualidade subjetiva do sono entre os Residentes, sem que tenha ocorrido diferenças entre os demais domínios.⁷ Entretanto, os grupos apresentaram resultados similares para sonolência.

Entre os fatores contributivos para a dificuldade de dormir, foi identificado o despertar muitas vezes durante a noite ou acordar muito cedo. Em 184 estudantes de medicina do Acre, a prevalência de

qualidade ruim de sono entre os alunos foi de 61,9% (n= 112) e 26 alunos foram incluídos no padrão de distúrbios do sono, sendo o tempo em que demoram a dormir entre 16 a 30 minutos, o que vem ao encontro dos achados do presente estudo. Entre os acadêmicos que apresentaram distúrbio do sono, relataram dormir menos de 5 horas por noite. Quanto aos fatores que interferem na qualidade do sono estavam as preocupações (81,1%), calor (72,1%), acordar muito cedo (64,7%) e dores (40,5%).¹⁶

Estudo¹⁷ com 59 residentes de psiquiatria refere que as categorias do PSQI com maiores escores foi a disfunção diurna (1,37), distúrbios do sono (1,22) e qualidade subjetiva do sono (1,15). Os Residentes do terceiro ano tiveram pior qualidade de sono quando comparado aos residentes do primeiro e segundo ano. Em relação aos 35 residentes que apresentaram qualidade de sono ruim, 80% deles nunca procurou por um médico em relação ao problema do sono e 25,7% usava medicação para dormir. Deve ser considerado que nesse contexto de formação em ensino, as características laborais incluem uma carga horária semanal extensa¹⁸, bem como atribuições que permeiam demais profissionais do serviço e usuários¹⁹, os quais podem refletir na percepção da qualidade de vida e de sono dessa categoria de profissionais.

CONCLUSÃO

Foi observado que os residentes multiprofissionais de um Hospital universitário do interior do Sul do Brasil, apresentaram baixos escores para domínios do WHOQOL-bref, com diferença no domínio relações sociais quando comparado o tempo em exercício profissional, e uma qualidade do sono ruim. Desta forma, se identifica a necessidade de atenção à saúde desses profissionais, considerando que o período de residência envolve um intenso desenvolvimento pessoal e profissional, com situações desafiadoras, devido às suas responsabilidades.

REFERÊNCIAS

- Cheade MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Revista Cogitare Enfermagem* 2013;18(3):592-5. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.46360>
- Ferreira ECN, Ribeiro FV, Neto RPS, Santos BN, Santo LRE, Prince KA, Oliveira MVM. Síndrome de burnout em residentes médicos de montes claros/MG. *Revista Atenção em Saúde* 2017;15(53):44-9. doi: <https://dx.doi.org/10.13037/ras.voll5n53.4587>
- Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Amaral EMS. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Revista Acta Paulista de Enfermagem* 2015, 28(2):132-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500023>
- Moreira APF, Patrizzi LJ, Accioly MF, Shimano SGN, Walsh IAP. Avaliação da qualidade de vida, sono e Síndrome de Burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Revista Medicina Ribeirão Preto* 2016;49(5):393-402. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i5p393-402>
- Silva MRA, Silveira PRRM. Estresse ocupacional em enfermeiros residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde da família. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde* 2017;7(1):24-35. doi: <https://dx.doi.org/10.18816/r-bits.v7i1.11681>
- Santos AA, Costa ORS. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem que atuam no período noturno em um hospital escola do Sul de Minas Gerais. *Revista Ciências em Saúde* 2016;6(1):37-50. doi: <https://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v6i1.453>
- Purim KSM, Guimarães ATB, Titski ACK, Leite N. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. *Revista do colégio Brasileiro de cirurgiões* 2016;43(6):438-44. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016006005>
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL- bref". *Revista de Saúde Pública* 2000; 9(3):473-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910200000200012>
- World Health Organization (1996) WHO-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. 1996. Geneva: WHO. http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf Accessed 9 August 2017
- Xia P, Li N, Hau K-T, Liu C, Lu Y. Quality of life of Chinese urban community residents: a psychometric study of the mainland Chinese version of the WHOQOL-BREF. *BMC Med Res Methodol* 2012;12:37. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-12-37>
- Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989 May;28(2):193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Dias BA, Pereira MN, Sousa IF, Almeida RJ. Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. *Revista Scientia Medica*, 2016; 26(1):89-91.
- Asaiag PE, Perotta B, Martins MA, Tempski P. Avaliação da Qualidade de Vida, Sonolência Diurna e Burnout em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2010;34(3):422-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022010000300012>
- Cahú RAG, Santos ACO, Pereira RC, Vieira CJL, Gomes SA. Estresse e qualidade de vida em residência multiprofissional em saúde. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2014;10(2):76-83. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140013>
- Serra AV, Canavarro MC, Simões M, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, Rijo D, Carona C, Paredes T. Estudos psicométricos

do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Revista Psiquiatria Clínica* 2006;27(1):41-9.

16. Ribeiro CRF, Silva YMGP, Oliveira SMC. O impacto da qualidade do sono na formação médica. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica* 2014;12(1):8-14.

17. Melo MCA, Medeiros FC, Bruin VMS, Santana JAP, Lima AB, Daher EF. Sleep Quality Among Psychiatry Residents. *La Revue Canadienne de Psychiatrie* 2016;61(1):44-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0706743715620410>

18. Rezende GL, Mello MSMS, Granjeiro RC, Nakanishi M, Oliveira CAPC. A qualidade de vida entre os residentes de Otorrinolaringologia do Distrito Federal. *Braz. J. Otorhinolaryngol* 2011;77(4):466-72. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942011000400010>

19. Abreu-Reis P, Oldoni C, de-Souza GAL, Bettega AL, Góes MN, Sarquis LM, Brunello LFS, Tomasich, FS, Collaço IA, Nasr A. Aspectos psicológicos e qualidade de vida na Residência Médica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* 2019;46(1):e2050. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0100-6991e-20192050>

Recebido em: 16/10/2020

Aceito em:22/02/2021

Como citar: BASTOS, Fernanda et al. Qualidade de vida e qualidade do sono na percepção de residentes multiprofissionais: estudo transversal. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, jan. 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/15870>>. Acesso em: 01 jan. 2020. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v3i1.15870>



Paternidade e Síndrome de Down: uma análise do filme “O filho eterno”

Paternity and Down Syndrome: an analysis of the film “The eternal son”

Beatris Silveira da Fonte¹, Pâmela Schultz Danzmann¹, Ana Claudia Pinto da Silva¹, Luciane Najjar Smeha¹

1 - Universidade Franciscana- UFN, Santa Maria, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: discutir o processo de aceitação da paternidade diante do nascimento de um filho com síndrome de Down, a partir da análise do filme “O filho Eterno”. **Método:** trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e delineamento exploratório. As cenas foram apresentadas no audiovisual e passaram por uma análise de conteúdo temática que resultou em quatro categorias finais. **Resultados:** a paternidade que é mostrada no filme impacta por revelar sentimentos intensos de angústia, medo, negação e rejeição. O processamento da perda do filho idealizado é lento e fica crônico nas fases iniciais, o que prejudica o vínculo pai-filho. A reorganização do pai, na trama do filme, só acontece quando o menino já está na puberdade, momento que ele ressignifica a paternidade e consegue se aproximar do filho com síndrome de Down. **Conclusão:** ressalta-se que o tempo previsto para a aceitação do diagnóstico pode variar muito em cada situação, porém as dificuldades que retardam o avanço na elaboração da perda do filho ideal, pode afetar negativamente o vínculo pai-filho.

Palavras-chave:

Paternidade; Síndrome de Down; Relações pai-filho.

ABSTRACT

Objective: to discuss the acceptance process of fatherhood in the face of the birth of a child with Down syndrome, from the analysis of the film “The Eternal Son”. **Method:** this is a qualitative approach research and exploratory design. The scenes presented in the audiovisual and went through an analysis of thematic content that resulted in four final categories. **Results:** the paternity shown in the film impacts by revealing intense feelings of anguish, fear, denial and rejection. The processing of the idealized child’s loss is slow and remains chronic the initial phases, which damages the father-son bond. The reorganization of the father only happens when the boy is already at puberty, a moment that he resigns paternity and manages to approach the son with Down syndrome. **Conclusion:** it is emphasized that the time foreseen for the acceptance of the diagnosis can vary a lot in each situation, but the difficulties that delay the progress of this process, can negatively affect the father-child bond.

Keywords:

Fatherhood; Down Syndrome; Father-son relationships.

lucianenajar@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

Este artigo aborda o tema da paternidade, mais especificamente, a paternidade diante de um filho com desenvolvimento atípico. Na última década, no Brasil, houve um crescimento significativo sobre o papel do pai na sociedade contemporânea, porém ainda é necessário avançar na compreensão da paternidade no contexto de um(a) filho(a) com deficiência.¹

As mudanças sociais reverberam em diferentes expectativas, no que se refere ao papel do pai, atualmente os homens veem a paternidade não mais limitada à responsabilidade de fornecer as necessidades básicas dos filhos(as), mas a importância de se fazer presente, acompanhar e ter uma participação ativa para o melhor desenvolvimento da criança.² Assim, a singularidade com que cada homem lida com a paternidade potencial ou vivencial, é delineada pela organização psíquica do homem e de vários determinantes econômicos, históricos, socioculturais, onde se entende que cada um tem uma forma única de ser, com capacidades e limitações particulares.³

Sem dúvida, o exercício da paternidade está em processo de mudança, e se reconhece a importância da presença do pai no desenvolvimento do filho⁴. Cresce o envolvimento coparental, no qual o pai também busca protagonizar as funções parentais junto à mãe.⁵ Apesar dos avanços no conhecimento científico, a paternidade ainda é representada socialmente como algo menos importante do que a maternidade, a literatura corrobora essa ideia, já que o pesquisador também está imerso no filtro ideológico que marca a sua cultura.²

O nascimento de uma criança com deficiência causa impacto profundo e significativo em toda a família.⁶⁻⁹ As pesquisas sobre o tema na maioria das vezes estão ligadas a perspectiva da mãe. Contudo, são poucos os estudos que investigam o fenômeno a partir do genitor masculino e sua preparação para paternidade.¹⁰ Deparar-se com as limitações do filho é sempre um encontro com o desconhecido que repercute em sofrimento, e esse pai pode precisar de apoio. Tendo em vista a reorganização das expectativas para o desenvolvimento e futuro do(a) filho(a).¹¹ Posto isso, o trabalho justifica-se pela literatura empobrecida da temática da paternidade de um filho com deficiência e, também, pela busca de um entendimento sobre as repercussões pessoais e sociais na vida desse pai. O objetivo é discutir o processo de aceitação da paternidade diante do nascimento de um

filho com síndrome de Down, a partir da análise do filme “O filho Eterno”.

MÉTODO

A análise fílmica tem o enfoque de explicar qual é o seu funcionamento e deve ser realizada uma interpretação acerca do conteúdo do filme^{12,13}. Assim, para delinear o estudo utilizou-se da análise de conteúdo de Bardin.¹⁴ Nesse caso, a análise é o método que vê o filme como um relato e leva em consideração o tema do mesmo.

A técnica da análise de conteúdo foi decomposta em três etapas, a primeira foi a pré-análise, na qual houve a exploração do material pelas pesquisadoras ao assistirem várias vezes o filme. No segundo momento iniciou-se o tratamento do material/conteúdo apresentado no filme e organização dos temas abordados no audiovisual por afinidades temáticas.

Posteriormente a interpretação configurou a categorização, que trata da classificação dos elementos conforme suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, à vista de características comuns.¹⁵ Ao final da análise obtiveram-se quatro grandes categorias temáticas, a saber: O diagnóstico e a negação; Cuidado, tratamento e vínculo; Repercussões das dificuldades da paternidade na conjugalidade e Ressignificação da paternidade.

Ficha técnica do filme

Título: O filho eterno (Original); Estreia: 1 de dezembro de 2016; Diretor: Paulo Machiline; Produtor: Rodrigo Teixeira. Roteiristas: Leonardo Levis e Murilo Hauser. Duração: 1h 22 minutos. Gêneros: Drama. Países de origem: Brasil Produção: RT Features; Camisa Treze Cultural; Co-produção: Globo Filmes. Distribuidor brasileiro: sony pictures Elenco: Marcos Veras, Débora Falabella, Uyara Torrente, Augusto Madeir, Pedro Vinícius.

Descrição do filme “O Filho Eterno”

O filme “O Filho Eterno” é baseado no livro do mesmo nome escrito por Cristóvão Tezza. O autor é reconhecido como um dos melhores escritores brasileiros ganhou prêmios literários e seu livro foi publicado em Portugal, Itália, Espanha, Holanda, Austrália e França (local onde recebeu o prêmio Charles Brisset, de melhor livro do ano, da Associação Francesa de Psiquiatria).

Trata-se de um filme brasileiro, de gênero drama, com duração de 82 minutos, a estreia do filme ocorreu em dezembro de 2016. A história narrada acontece na década de 80, o elenco é composto por pelo casal Débora Falabella (Cláudia) e Marcos Veras (Roberto) e Pedro Vinícius (Fabrício). O livro e o filme foram inspirados na história real do próprio autor. Ele relata a história de Roberto, um escritor que aguarda ansiosamente o seu primeiro filho e, com surpresa, descobre que o bebê nasceu com síndrome de Down.

Roberto via a chegada do filho com esperança e como um ponto de partida para uma mudança completa de vida. Mas toda a alegria dos pais é transformada em incerteza e medo com o diagnóstico de Fabrício. A decepção e a tristeza tomam do pai, os sentimentos contraditórios crescem e desencadeiam conflitos expressos por meio da conjugalidade. Ao longo de 12 anos, depois de muitos obstáculos, Roberto então descobre o verdadeiro significado da paternidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico e a negação

No filme, a informação do diagnóstico de síndrome de Down aos pais foi feita de maneira objetiva e clara. Considerando o contexto da década de 80, o médico se dirige a mãe e ao pai e relata que o filho apresenta “mongolismo”, na época o termo era utilizado para se referir à síndrome de Down. Roberto (pai) recebe a notícia com uma expressão facial fechada, sai pelos corredores, sentindo-se “perdido”, ele tinha em mãos uma camiseta da seleção brasileira que daria ao recém-nascido, ele carrega nas mãos rua à fora. Parou em um bar, beberam vários copos de cerveja, ao sair ele esquece a camiseta do filho em cima da mesa e vai para casa, chegando a casa ele pesquisa tudo sobre a síndrome.

Na cena, o que se sobressai para o pai é a informação de que as com essa alteração genética vivem menos, o que parece lhe dar uma esperança de não ter que lidar com essa paternidade por muito tempo. Muitas mudanças acontecem quando o bebê com síndrome de Down nasce os sentimentos se transformam e o sofrimento é inevitável.¹⁶ Na situação, o menino é o primeiro filho de Roberto, dessa forma, os pais que ainda não têm filhos fantasiam mais a ideia de paternidade, eles compreendem melhor o real e o ideal, sem deixar de ter fantasias para os

próximos filhos.² Todas as crianças com deficiência foram imaginadas em algum momento, por suas mães e pais, como crianças perfeitas, habilidosas e promissoras. Todas nasceram, na sua imaginação e no seu desejo, como ideais e capazes de ter um futuro promissor.¹⁷

Nos primeiros meses do bebê, Roberto parece desconfortável e incrédulo, relata que perdeu sua liberdade em casa, quando escuta a esposa cantar para o seu filho. De fato, nota-se que a repercussão do diagnóstico de síndrome de Down reverberou em sentimentos de impotência, tristeza. Receber a notícia de um bebê com síndrome de Down não é algo simples, mães e pais relatam sentimentos como tristeza, surpresa, raiva, angústia. Quando o filho real se distingue do filho imaginário, as respostas de negação ou aceitação irão repercutir no vínculo que é constituído e nos cuidados ao filho, intervindo em seu desenvolvimento e crescimento.¹⁶

Inicialmente, ao receber o diagnóstico que o seu bebê havia nascido com síndrome de Down, Roberto começa a vivenciar as primeiras fases do processo de luto. Esse processo é composto por cinco fases, descritas como: choque, negação, tristeza ou desesperança, e por último, equilíbrio e reorganização. No entanto, nem todos os pais passarão por todas as fases do processo de elaboração da perda do filho idealizado, além disso, também pode ocorrer de uma fase se prolongar mais que a outra. As fases não necessariamente seguem uma ordem, variando conforme os sentimentos dos pais, na obra cinematográfica, o personagem evidencia o choque, interligado ao desejo intermitente de fugir.¹⁷

Quando Roberto pega o anúncio de um tratamento inovador para crianças com síndrome de Down em programa completo, ele se “agarra” na esperança de ter o seu filho “curado”. Nesse momento fica claro a fase da negação, quando ele nega o fato de não ter cura para a transtorno genético também denominado de *Trissomia do 21*, é o desejo de se livrar da situação atual. Em decorrência das características dessa fase, Roberto se afasta cada vez mais da sua esposa e do seu filho. A notícia de um filho com deficiência traz emoções ambivalentes, insatisfação conjugal, depressão. Acredita-se que a maneira e o momento em que é comunicada a notícia do diagnóstico influencia interfere em uma melhor aceitação ou não, do filho com deficiência. Por isso é fundamental a utilização de uma linguagem adequada pelos profissionais da saúde, com informações de fácil

entendimento, objetiva e que potencialize aspectos positivos do tratamento/desenvolvimento possível no contexto do diagnóstico, além de uma empatia que estabeleça uma relação de apoio à família.^{1,9}

Os profissionais da saúde que recebem o bebê e comunicam a notícia do diagnóstico aos pais, precisam enxergar para além dos sintomas e limitações presentes no corpo do bebê com síndrome de Down, proporcionando ao bebê um lugar de sujeito, o que contribuirá de forma positiva a constituição e o fortalecimento do vínculo.¹⁹

A maneira como a notícia é falada, o tipo de linguagem usada pode prejudicar a compreensão dos aspectos clínicos, influenciar nas idealizações em relação ao desenvolvimento físico/intelectual do filho, além de prejudicar o estabelecimento de vínculos afetivos e os conflitos intrapsíquicos e interpessoais na conjugalidade.²⁰

No decorrer do filme, o pai se mostra distante, há pouco diálogo entre ele e a esposa, nas cenas em que a esposa leva Fabrício no médico, Roberto sempre se mostra mais distante, e quando o médico fala que a saúde de Fabrício está ótima e que não apresenta nenhum problema no coração, Roberto pergunta *“tem certeza, doutor? Ele não apresenta nenhum problema?”* e o médico responde *“Não, a saúde de Fabrício está ótima”*, informação que gera angústia e frustração, pois a perspectiva de vida longa significa que ele terá que aprender a lidar com o fato do filho ter uma deficiência. Esse momento, vai ao encontro do que refere os autores,^{10, 21} que a realidade sempre acarretará uma crise familiar, pois será preciso reorganizar a rotina diária para se adequar à nova realidade. Existe ainda a ruptura de projetos e expectativas em relação ao futuro da criança, pois devido a suas limitações, ela não irá atingir os ideais familiares.

Cuidado, tratamento e vínculo

No contexto contemporâneo, o homem ao viver a paternidade, geralmente busca se aproximar afetivamente dos seus filhos, colaborando nas tarefas diárias com os cuidados destinados à criança, o que favorece uma participação ativa e presente na vida dos filhos.²² No entanto, o personagem do filme vive a paternidade no início da década de 80, período no qual as distinções de tarefas por gênero eram mais delimitadas.

Além disso, a visão que se tinha de uma criança com deficiência estava relacionada às suas

incapacidades e não às suas potencialidades. Roberto expressa mais dificuldades do que sua esposa no estabelecimento do vínculo com o bebê, há uma dificuldade de aproximação afetiva. Por outro lado, ele ajudava nas tarefas diárias como dar banho, ficar com o filho enquanto sua esposa trabalhava, mas não demonstrava apego com o seu filho, evidenciando lacuna na construção do vínculo inicial.

Quando Roberto e Cláudia procuram tratamento no Rio de Janeiro para Fabrício, o longa-metragem mostra a fase que a literatura também descreve como via-sacra,²³ na qual os pais investem todas as suas energias para encontrar tratamentos que prometem modificar o diagnóstico ou ainda aproximar ao máximo ao desenvolvimento típico. No filme, o médico os assegura que em alguns anos Fabrício pode estar curado do seu problema, tudo o que os pais desejam ouvir está nessa promessa, por isso eles também podem tornar-se alvos fáceis de charlatanismo. Ainda que o casal da trama tenha reconhecido que as práticas comportam propostas pareciam desumanas, eles seguiram na busca de modalidades de intervenção para o desenvolvimento do filho.

Diante do entusiasmo do tratamento por meio da estimulação, Roberto compra uma espécie de rampa para estimular o filho com os movimentos, ele refere: *“aquilo poderia ser um jogo, comecei a me sentir definitivamente tomado pelo projeto, se eu fizesse tudo certo colocaria no lado uma criança problema e receberia do outro uma criança normal, ainda não existia um filho em minha vida, mas pelo menos tinha um problema a ser resolvido! E agora me deram um mapa interessantíssimo, quase um manual de instruções”* (SIC). Assim, ele busca “consertar” Fabrício sem avanços na interação pai-bebê, isso porque os exercícios são meramente tecnicistas.

O pai passa slides para que Fabrício consiga reconhecer as frutas, as formas geométricas, mas é visível que o bebê está cansado e que toda essa abordagem não é atrativa para a criança, apesar disso o pai insiste nas atividades. O casal discorda, a mãe prefere respeitar o tempo do menino, os exercícios na rampa são “dolorosos” para ela, enquanto o pai tem pressa para obter resultados. Com isso, o casal mostra a impossibilidade de identificar no seu filho a oportunidade da realização dos seus ideais, os pais pegam no ideal social, fórmulas para lutar contra a fratura em seu narcisismo.³

Roberto insiste para que Fabrício faça os

exercícios, mostra o pato, o cachorro para ele identificar, mas em algumas cenas, Fabrício aparece olhando para o outro lado, não correspondendo à expectativa do pai. Diante do exposto, Claudia demonstra nervosismo e preocupação porque o bebê começa a chorar, Roberto diz a ela que tem que continuar que é um exercício e que dá certo. O casal começa a apresentar um nítido descompasso na forma de lidar com as necessidades do filho. Dessa forma,²⁴ o diagnóstico da síndrome de Down acarreta um efeito desestabilizador na família, o apoio do parceiro possibilita maior aceitação e disponibilidade para a criança. Assim, os pais vão aceitando o filho “real” e concebendo novas formas de interação, pois quando os filhos correspondem aos seus investimentos sentem-se potentes e se inicia a oportunidade de construir sonhos e significados para essa relação.

Repercussões das dificuldades da paternidade na conjugalidade

No filme há uma passagem no tempo, na década de 1990, após 12 anos de convivência com Fabrício, o vínculo pai-filho ainda é frágil. Roberto é ausente e ao participar da vida do filho, demonstra irritação, impaciência, mau humor, xinga o menino por não conseguir aprender ou pronunciar as palavras, não esperava que o filho aprendesse no tempo seu próprio.

Há uma cena em que Roberto está em um bar conversando com os seus alunos sobre seus livros, quando questionado se ele tem esposa e filhos, ele responde que não, ao longo da cena o personagem revela que a possibilidade da fuga é que o fazia sentir-se vivo. Assim, Roberto não consegue apoiar a esposa, ela enfrenta as dificuldades manifestando sua solidão o que só agrava a relação conjugal do casal. De acordo com a Teoria da Crise, a satisfação conjugal estaria ligada à capacidade do casal de superar as crises e readaptar-se a elas, por isso a estabilidade conjugal fica ameaçada diante da falha em adaptar-se à nova realidade oriunda do nascimento do filho com síndrome de Down.²⁵

A frustração de Roberto também aparece quando a situação afeta a vida profissional, ele menciona à esposa que não vai conseguir ter uma vida normal, pois desde que Fabrício nasceu ele não escreve uma linha do seu livro, que não foi isso que planejou para a vida deles, que não foi isso que planejou pra ele. Ele diz “*não estava pronto para ter um filho assim, que se ele não quer continuar com*

isso, ele faz o que? Você já olhou para a minha cara? Já viu a quanto tempo eu não consigo dormir uma noite inteira? E eu não consigo escrever uma linha que preste desde que esse garoto nasceu? Será que a gente vai conseguir voltar a ter uma vida normal? [...] Não tem nada que a gente possa fazer? Não foi isso que eu planejei para a nossa vida, não foi isso que eu planejei pra mim, eu não estava pronto para ter um filho assim [...] se eu não quiser continuar com isso, eu faço o que? Desculpa Cláudia, mas eu não consigo, eu não posso deixar ele me destruir!”. O desespero de Roberto mobiliza Cláudia, ela diz que ele não é o primeiro e nem será o último a sentir isso, Roberto diz que não pode deixar o bebê destruir ele.

Roberto reclama que Fabrício fica somente na frente da televisão e quando Cláudia relata para ele sair com o filho, ele diz que não que está trabalhando. Pode-se perceber que Roberto evita qualquer aproximação do seu filho, seus desejos constantes de fuga, suas desculpas para não ficar com o filho. Na cena da reunião da escola onde a diretora fala que começará a fase da alfabetização, que a escola não oferece a infraestrutura necessária, Roberto diz para Claudia que para a diretora o Fabrício não passa de um problema, Cláudia pergunta, “é só pra ela que ele não passa de um problema?”. As dificuldades anteriores no casamento podem dificultar a adaptação à nova situação, agravando os conflitos anteriores, o filho pode funcionar como um “bode expiatório” e ser culpado pelo distanciamento e as desavenças dos pais, além de ser considerado como única fonte de frustração e fracasso dos pais, o que os impede de buscarem a causa real do conflito na relação conjugal.²¹

Na sessão com a fonoaudióloga Roberto se irrita que Fabrício tem dificuldade para pronunciar algumas palavras, puxa ele e coloca dentro do carro. Na natação quando é perguntado qual é seu filho ele responde que é o da raia 5, quando na verdade era o da raia 4. Roberto sai para beber. Nota-se que os dias que ele passa com o filho, ele sempre quer fugir dessa realidade, fuma e usa bebida de álcool como fuga de um conflito que ele não consegue transpor. A paternidade no âmbito da Síndrome de Down remete o pai a um contexto completamente novo, do qual ele não tinha conhecimento e nem imaginava que faria parte, por isso é imprescindível que ele aprenda a enfrentar os novos desafios.²⁶

As crises vividas pelo casal, após o

diagnóstico de deficiência, costumam culminar em ruptura da conjugalidade e um elevado índice de divórcios²⁷. Roberto e Cláudia se distanciam ao longo do filme, as idas para Curitiba fica mais espaçadas, Roberto vê cada vez menos o seu filho, e quando Roberto volta fica pouco tempo em casa, percebe-se um distanciamento físico e afetivo entre do casal, no final do filme fica claro que houve uma dissolução da conjugalidade. Pois Roberto em um apartamento e Cláudia leva Fabrício para passar o final de semana no apartamento do pai.

Ressignificação da paternidade

Claudia reclama que quando ele está em casa passa mais tempo fora do que com eles (Fabrício e Cláudia), ele pergunta para Cláudia o que ela fez para amar o Fabrício, se toda noite ela não sonha que nada disso tivesse acontecido. Cláudia conta que em 21 de junho de 1986, aniversário de quatro anos do Fabrício, fizeram a festa duas semanas antes para que Roberto estivesse presente, mas ele não compareceu, os colegas da escola também não foram e ela ficou brava por ele estar rindo, ela diz *“eu fiquei puta com ele, será que ele não entende que ninguém queria ir à sua festa? Mas quando ele foi dormir e eu olhei para o seu rosto, eu percebi que eu não poderia mais viver sem ele!”*. Nesse momento ela mostra para Roberto o quanto ela amava o filho, que ela também sentia medo, insegurança, mas que Fabrício era realmente importante para ela. A partir dessa conversa, Roberto começou a repensar suas atitudes, tanto que deixou Florianópolis e pediu transferência para Curitiba, e foi assistir o torneio de Fabrício na natação, assistiu ao jogo do Brasil de 1994, ano que o Brasil foi tetracampeão ao lado do filho.

Roberto “aceita” e toma consciência da deficiência do seu filho quando Fabrício tem 12 anos, sai sozinho, se perde e Roberto aflito liga para a polícia. Quando encontram Fabrício, Roberto muda o seu comportamento e passa a ser um pai mais presente, amoroso e preocupado com o seu filho. Roberto finalmente aceita o seu filho, na cena diz que errou e nunca mais vai errar desse jeito, talvez tenha sido o momento crucial em que o pai finalmente aceitou o seu filho real, parou de idealizar como o filho que poderia ter tido, e imaginar como tudo poderia ter sido diferente.

Outra cena que revela Roberto no computador e Fabrício pergunta se ele quer ver o jogo, Roberto larga o computador, vai para a sala senta no sofá e dá

a mão para o filho, os dois torcendo juntos, percebe-se que o futebol era algo em comum entre pai e filho, o Brasil é campeão e os dois comemoram. O filme termina com a frase sendo pronunciada por uma narrador, semelhante a narração de um jogo de futebol: *“o jogo vai começar, o pai o centro do estádio, espera confiante, olha ao redor, apenas o som de suas batidas, tudo é novo, tudo é certo, um toque, um chute, um drible, ouvimos o apito, ele vem, eis o filho da esperança, a arena de sua visão de mundo, eis o filho, eis o pai, nenhum dos dois tem a mínima ideia de como isso vai acabar e isso é bom”*.

No processo da aceitação e reorganização, passa-se a aceitar a universalidade da experiência, ocorrendo tardiamente no filme, após longos anos de afastamento emocional, no final do filme o pai demonstra afeto ao seu filho, quando senta no sofá e assiste ao jogo, mostra que está presente por inteiro, o que não ocorria no início. A presença do pai nos cuidados do filho era apenas física, ao longo do filme, após muitos anos depois, há uma mudança significativa do pai, ele passa a conviver com Fabrício demonstrando vínculo afetivo.^{11,18}

CONCLUSÃO

O filme traz aspectos relevantes referentes à paternidade de um filho com síndrome de Down. Em função de se passar na década de 80, a história revela o quanto poderia ser ainda mais difícil à paternidade em uma sociedade mais preconceituosa, com pouca informação sobre a síndrome e sem ainda poder usufruir dos direitos de inclusão, adquiridos posteriormente. Além disso, na época, as crianças com deficiência eram destaque por suas incapacidades e atrasos no desenvolvimento e não pelo que conseguiam alcançar. Atualmente a visão do desenvolvimento futuro de bebês com síndrome de Down é muito mais promissora, o que favorece uma percepção mais positiva da síndrome e, em decorrência, um processo de aceitação do diagnóstico menos doloroso.

O filme apresenta de uma forma impactante o sofrimento do pai diante de uma realidade que ele insiste em não vivenciar. Os sentimentos de rejeição, negação, tristeza e inconformidade de Roberto com o diagnóstico do filho produz desconforto em quem assiste o longa-metragem. Ele revela de maneira explícita, pensamentos e sentimentos que muitos podem sentir, porém na maioria das vezes ficam

assombrados pelos seus próprios anseios e, buscam o silêncio como um refúgio para os conflitos. A história apresenta a paternidade de maneira “dura”, uma paternidade não fantasiada ou romantizada, o que gerou muitas críticas públicas das Associações que representam familiares das pessoas com síndrome de Down no Brasil. A inquietude que a trama descortina, está relacionada ao fato de ser baseada em uma história real escrita pelo próprio pai que viveu a situação na sua vida e, por ser escritor, compartilhou por meio da publicação do livro “O filho eterno”.

A paternidade apresentada é impactante, repleta de desafios, angústia, medos e desejo de modificar o percurso diante da síndrome de Down. As fases de elaboração da perda do filho idealizado acontecem lentamente, o pai Roberto permanece por anos nas fases iniciais, apresentando sentimentos intensos de negação e rejeição, o avanço para etapa de aceitação e reorganização das expectativas ocorre quando o filho Fabrício está com 12 anos. Um processo lento e difícil para toda a família que pode culminar na separação do casal parental e no prejuízo do vínculo pai-filho.

É importante destacar que o papel do pai passou por transformações significativas nos últimos trinta anos, o envolvimento paterno hoje, frequentemente, está relacionado com a participação afetiva do pai nos cuidados, na rotina e na educação dos filhos. Porém, fica a reflexão sobre: E se o nascimento do Fabrício acontecesse no cenário atual? Roberto teria (re) idealizado seu filho em menos tempo? Talvez, mas independente disso, o filme possa ser um alento para os pais que em sofrimento que usam suas energias para atenuar e não transparecer a dificuldade de avançar para as etapas de aceitação/reorganização.

Sugere-se novos estudos acerca do impacto do diagnóstico na contemporaneidade, considerando em que os tempos atuais podem favorecer ou dificultar a paternidade de um filho(a) com síndrome de Down. Assim, o conhecimento elucidado poderá servir de referências para a compreensão do homem que vive a experiência de ser pai de uma criança com desenvolvimento atípico na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

1. Skotko BG, Levine SP, Macklin EA, Goldstein RD. Family perspectives about Down syndrome. *Am J Med Genet A* 2016;170A(4):930-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ajmg.a.37520>
2. Bottoli C, Gonçalves L. Paternidade: a construção do desejo paterno. *Barbaroi* 2019; 1(48):158-204. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i48.7566>
3. Annunziata, PMA, Morales-Cabello C. El protagonismo de la familia en la atención temprana de niños y niñas con Síndrome de Down, Chile. *Rev.latinam.cienc.soc.niñez juv* 2019;17(2): 1-21. doi: <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.17207>
4. Marchal JP, Maurice-Stam H, van Trotsenburg ASP, Grootenhuis MA. Mothers and fathers of young Dutch adolescents with Down syndrome: health related quality of life and family functioning. *Res Dev Disabil* 2016;59:359-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2016.09.014>
5. Avena ME, Rabinovich EP. Família, Paternidade e Parentalidade. In: Moreira LV de C, Rabinovich EP, Zucoloto PCS (Orgs). Paternidade na sociedade contemporânea: o envolvimento paterno e as mudanças na família. Curitiba: Jurua; 2016. p. 66-79.
6. Beighton C, Wills J. How parents describe the positive aspects of parenting their child who has intellectual disabilities: a systematic review and narrative synthesis. *J Appl Res Intellect Disabil* 2019; 32(5):1255-79. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jar.12617>
7. Johansson A, Ewertzon M, Andershed B, Anderzen-Carlsson A, Nasic S, Ahlin A. Health-related quality of life--from the perspective of mothers and fathers of adult children suffering from long-term mental disorders. *Arch Psychiatr Nurs* 2015; 29(3):180-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.02.002>
8. Henn CG, Piccinini CA, Garcias G de L. A família no contexto da Síndrome de Down: revisando a literatura. *Psicol. estud* 2008;13(3):485-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300009>
9. Takataia K, Yamazaki Y, Minuzo E. Perceptions and Feelings of Fathers of Children With Down Syndrome. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30(5):554-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.006>
10. Gage J, Kirk R. First-Time Fathers: perceptions of preparedness for fatherhood. *Can J Nurs Res* 2016;34(4):15-24.
11. Skotko BG, Levine SP, Goldstein R. Having a Son or Daughter with Down Syndrome: Perspectives from Mothers and Fathers. *Am J Med Genet A* 2011;155A(10):2348-59.
12. Penafria M. Análise de Filmes - conceitos e metodologia(s). In: VI Congresso SOPCOM. 2009 abr 1-12. Lisboa. Lisboa : Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia; 2009.
13. Santos MARD, Gordo MDESC, Santos CAFD. Análise filmica e educação: metodologia e necessidades formativas docentes. *Revista Educação e Cultura Contemporânea* 2019; 17(47):50-78
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2016. 228 p.
15. Silva AH, Fossá MIT. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica* 2015;16(1):1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.18391/qualitas.v16i1.2113>
16. Franco V. Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund* 2015;18(2):204-220. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n2p204.2>
17. Ferreira M, Pereira MRP, Smeha LN, Paraboni P. Repercussões do Diagnóstico de Síndrome de Down na Perspectiva Paterna.

- Psicol. cienc. prof 2019;39(e181365):1-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003181365>
18. Klaus M, Kennell J. Pais /Bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993. 329 p.
19. Rivas L, Smeha LN. A síndrome de Down e os profissionais da saúde: contribuições para o vínculo mãe-bebê. *Rev disciplinarum scientia* 2019;18(1):59-72.
20. Halbersdtadt BA, Moraes BM, Souza APR. Evaluation of children with Down's Syndrome through ICF-CJ:comparison of parents'and therapists' vision. *Distúrb Comun* 2019;31(3):454-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003181365>
21. Núñez B. Familia y discapacidad de la vida cotidiana a la teoría. Buenos Aires: Lugar Editora. 2007. 296 p.
22. Cabrera NJ, Volling BL, Barr R. Fathers Are Parents, Too! Widening the Lens on Parenting for Children's Development. *Child Deveolpmet Perspectives* 2018;12(3):152-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/cdep.12275>
23. Marriaga GA, Arango LZ, Acevedo MB.. Encuentro del padre con su hijo con síndrome de Down: sufrimiento y empatía. *Pensamiento psicológico* 2019;16(2):111-21.
24. Aoki OCS de F. A construção da parentalidade na interação com filhos com Síndrome de Down. [Dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2016.
25. Rosado JS, Wagner A. Qualidade, ajustamento e satisfação conjugal: revisão sistemática da literatura. *Pensando famílias* 2015;19(2):21-33.
26. Marshack EL, Lasisnki EE, Willins C. Listening to fathers: personal impacts of raising children with Down syndrome. *Sage Journals* 2016;23(3):310-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1177%2F1744629518801112>
27. Durmaz A, Cankaya T, Durmaz B, Vahabi A, Gunduz C, Cogulu O, Ozkinay F. Interview with parents of children with Down syndro me: their perceptions and feelings. *Indian J Pediatr* 2011;78(6):698-702. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12098-010-0315-7>

Recebido em: 27/10/2020

Aceito em:27/02/2021

Como citar: FONTE, Beatris Silveira da et al. Paternidade e síndrome de down: uma análise do filme “O filho eterno”. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, jan. 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/16259>>. Acesso em: 01 jan. 2020. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v3i1.16259>



Prevalência de HPV em amostras cérvico-vaginais no Rio Grande do Sul

Prevalence HPV in cervic-vaginal samples in Rio Grande do Sul

Aline Daniele Schuster², Denise Wollmeister²

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

2 - Universidade FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: o câncer de colo de útero é considerado um problema de saúde pública mundialmente. Seu diagnóstico é realizado através do exame citopatológico (EC) e seu desenvolvimento está relacionado à infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). **Objetivo:** estabelecer prevalência de diferentes genótipos de HPV em amostras cérvico-vaginais no Rio Grande do Sul. **Método:** foi realizada uma revisão da literatura e visando alcançar o máximo de sensibilidade na estratégia de busca, foram utilizados os seguintes descritores: “Papillomavirus Infections”, “genotypes”, “Rio Grande do Sul”, “Brazil” e “uterine cervical neoplasms”, obtida da MeSH (Medical Subject Headings). **Resultados:** a pesquisa eletrônica foi realizada por meio da estratégia supracitada e foram encontrados 34 estudos. Após a revisão dos resumos, oito artigos elegíveis foram escolhidos e mais três foram selecionados de forma manual. Os artigos elegíveis para inclusão nesta revisão descrevem qualquer possível relação entre Papilomavirus Humano, genótipos, estado do Rio Grande do Sul no Brasil e Câncer Cervical. **Considerações finais:** os genótipos mais prevalentes no Rio Grande do Sul continuam sendo os incluídos nas vacinas disponíveis pelo Ministério da Saúde e a prevenção secundária segue sendo uma estratégia para rastreamento e diagnóstico de alterações citopatológicas.

schuster.alined@gmail.com

Palavras-chave: Câncer do Colo do Útero; Citopatologia; Genotipagem; Papilomavírus Humano.

ABSTRACT

Introduction: cervical cancer is considered a public health problem worldwide. Its diagnosis is made through cytopathological examination (EC) and its development is related to infection by Human Papilloma Virus (HPV). **Objective:** to establish the prevalence of different HPV genotypes in cervical-vaginal samples in Rio Grande do Sul. **Method:** through a literature review, aiming to achieve maximum sensitivity in the search strategy, the “Papillomavirus Infections” were used, “genotypes”, “Rio Grande do Sul”, “Brazil” and “cervical uterine neoplasms”, obtained from MeSH (Medical Subject Headings). **Results:** the electronic search was performed using the aforementioned strategy and 34 studies were found. After reviewing the abstracts, eight eligible articles were chosen and three more were selected manually. The articles eligible for inclusion in this review describe any possible relationship between Human Papillomavirus, genotypes, the state of Rio Grande do Sul in Brazil and Cervical Cancer. **Final considerations:** the most prevalent genotypes in Rio Grande do Sul remain those included in vaccines available from the Ministry of Health and secondary prevention remains a strategy for screening and diagnosing cytopathological changes.

Keywords: Cervical Cancer; Cytopathology; Genotyping; Human Papillomavirus.



INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU), conhecido também como câncer cervical é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, o que compromete o tecido e pode invadir estruturas e órgãos adjacentes, ou à distância. Há dois principais tipos de carcinomas invasores do colo do útero, de acordo com a origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermóide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso (representa cerca de 80% dos casos) e o adenocarcinoma endocervical, tipo menos frequente e que acomete o epitélio glandular (20% dos casos).^{1,2}

O CCU é o quarto câncer mais comum em mulheres em todo o mundo, com estimativa de 570 mil casos novos.^{2,3} No Brasil, estima-se que para o triênio de 2020/2022, será de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres.⁴

⁵ A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que para o ano de 2035, no Brasil, cerca de 261.206 novos casos de câncer cervical serão diagnosticados.⁶ Já especificamente na região Sul do país, CCU é o quarto tipo de câncer mais frequente (17,48/100 mil) atualmente.⁴

O CCU é causado principalmente pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), que é um agente infeccioso transmitido principalmente por via sexual e sua vinculação com o desenvolvimento do CCU já é bem conhecida.⁷ Em cerca de 90% a 99,7% dos casos de câncer cervical invasivo é detectado o DNA (ácido desoxirribonucleico) do HPV oncogênico,² sendo os tipos mais comuns o HPV16 e o HPV18. Existem mais de 200 tipos de HPV atualmente, que podem ser subdivididos nas categorias cutâneas ou mucosas, com base em seu tropismo tecidual. Estes ainda podem ser classificados em dois grupos de acordo com seu potencial oncogênico: de baixo ou alto risco oncogênico. Enquanto que os HPVs de baixo risco estão frequentemente associados às lesões de baixo grau (LSIL- *low-grade squamous intraepithelial lesions*) e à condilomas acuminados, com os tipos virais 6, 11, 40, 42, 43, 54, 61, 70, 72, 81; os HPVs de alto risco oncogênico, estão frequentemente associados às lesões de alto grau (HSIL- *high-grade squamous intraepithelial lesions*) e às neoplasias invasoras, e são os tipos virais 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 e 82.⁸⁻¹⁰

A prevenção primária está relacionada

estrategicamente à diminuição do risco de contágio pelo HPV através da vacinação, pois essa metodologia é eficaz e de relevante custo-benefício para o combate de doenças de etiologia infecciosa. Em 2006, a *Food and Drug Administration* (FDA), aprovou a vacina quadrivalente como agente imunizador contra o HPV. Nesse mesmo ano, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA) regulamentou a comercialização dessa vacina, e em 2008, a vacina bivalente também foi aprovada.¹¹ Iniciando em 2014 o Programa Nacional de Vacinação em adolescentes do sexo feminino de 9 a 13 anos. Já em 2017, o Ministério da Saúde, anunciou a ampliação da cobertura vacinal para adolescentes do sexo masculino de 11 a 15 anos incompletos, bem como para homens e mulheres transplantados, pacientes oncológicos em tratamento quimio ou radioterápico e crianças e jovens de 9 a 26 anos vivendo com HIV-Aids.^{12,13}

No Brasil, os testes de DNA-HPV estão sendo estudados como método de rastreamento, apesar de já consolidados em países desenvolvidos. Mesmo apresentando maior sensibilidade que o exame citopatológico (EC), são menos específicos quanto a lesões epiteliais, levando mais mulheres à colposcopia. O chamado co-teste parece ser a abordagem mais interessante, onde somente os resultados positivos para DNA-HPV acompanhados de EC alterado, são encaminhados para colposcopia.¹⁴

¹⁵ O diagnóstico da infecção pelo HPV baseia-se, principalmente, em métodos moleculares como: captura híbrida (CH), *southern blot*, hibridização in situ, hibridização em fase sólida (*microarrays*) e reação em cadeia da polimerase (PCR). Entre eles, a captura híbrida 2 (CH2), que se baseia na hibridização de DNA, fazendo uso de sondas específicas contra os tipos de HPV considerados de alto risco, é o método molecular mais utilizado atualmente no mundo.¹⁶⁻¹⁸ Sendo esta técnica utilizada popularmente no país, devido sua alta sensibilidade e especificidade, porém permite a identificação de grupos oncogênicos, não do tipo específico de HPV.¹⁶⁻¹⁹

Em um estudo realizado no ano de 2017, em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, que incluiu 5.812 mulheres, apresentou em seus dados preliminares a prevalência de HPV de 54,6% para o Brasil. Ao analisar especificamente o estado do Rio Grande do Sul, a prevalência de HPV estimada foi de 57,1%, sendo que jovens apresentaram até 45,2% HPV de alto risco oncogênico.¹²

Diante deste cenário, o objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de genótipos de HPV em amostras cérvico-vaginais no Rio Grande do Sul, bem como sua eventual relação com alterações no EC, com base em trabalhos já publicados a respeito do tema.

MÉTODO

Uma pesquisa eletrônica retrospectiva foi realizada em outubro de 2019 nas bases de dados PubMed, Scopus e Lilacs. A estratégia de busca compreendeu na utilização dos descritores “*Papillomavirus Infections*”, “*genotypes*”, “*Rio Grande do Sul*”, “*Brazil*” e “*uterine cervical neoplasms*”, obtida da MeSH (*Medical Subject Headings*). Como critério de exclusão foram considerados estudos abrangendo outros estados do Brasil. Nenhuma restrição de linguagem e de data foi aplicada.

Foram coletadas algumas informações de cada artigo, desde o título, local, delineamento, número de casos, faixa etária participante, prevalência de diagnósticos citopatológico, positividade para HPV na população estudada, genótipos de HPV prevalente e técnica utilizada para a genotipagem. Os dados obtidos foram tabulados e comparados para avaliar a prevalência de genótipos de HPV em amostras cérvico- vaginais no Rio Grande do Sul.

RESULTADOS

A pesquisa eletrônica foi realizada, por meio da estratégia supracitada e foram encontrados 34 estudos. Após a revisão dos resumos, oito artigos elegíveis foram escolhidos e mais três foram selecionados de forma manual. Os artigos elegíveis para inclusão nesta revisão descrevem qualquer possível relação entre Papilomavirus Humano, genótipos, estado do Rio Grande do Sul do Brasil e Câncer Cervical.

Os artigos selecionados avaliaram a epidemiologia da população quanto aos genótipos de HPV, sendo que cinco deles tratam dos dados de pacientes sem especificações médicas. Dentre os outros artigos, dois correlacionam os genótipos de HPV com a gestação, outro investiga os tipos mais prevalentes em pacientes com teste para o HIV reagente. Já o estudo de Oliveira²⁰ determinou a

prevalência e os genótipos do HPV, identificando os fatores associados à infecção em mulheres, gestantes e não gestantes HIV-1 positivas e negativas. Foi incluído ainda um estudo que avaliou os genótipos encontrados em diagnósticos de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) versus outros diagnósticos citopatológicos alterados. A tabela I caracteriza os estudos desta revisão.

DISCUSSÃO

Por meio de uma revisão da literatura, o presente estudo buscou avaliar a prevalência de genótipos de HPV em amostras cérvico-vaginais no estado brasileiro do Rio Grande do Sul, bem como uma eventual relação das alterações citopatológicas observadas no EC. Visando desta forma, conhecer o panorama da infecção pelo HPV e o desenvolvimento de lesões intraepiteliais, ampliando o entendimento da carcinogênese cervical para futuras ações em saúde.

A partir da interpretação das informações fornecidas pelos artigos que foram incluídos no estudo, verificou-se que a infecção pelo HPV é consideravelmente frequente e crescente, mesmo após a adoção de medidas de prevenção primária promovidas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Tais medidas envolvem duas vacinas profiláticas, incluindo os HPVs oncogênicos tipos 16 e 18.^{1,29}

Em 18 de novembro de 2013, através da Portaria número 54, houve a publicação da decisão de incorporação da vacina quadrivalente contra HPV no Sistema Único de Saúde, a qual confere proteção contra os tipos de HPV6, 11, 16, 18.²⁹ A partir desta data, a implantação do esquema de vacinação para adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 13 anos de idade, foi instaurado no Brasil. Além disso, uma nova vacina, conhecida como nonavalente, já foi aprovada nos Estados Unidos para a prevenção do HPV tipos 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, 6 e 11¹⁵, e acredita-se que esta contribuirá para ampliar a proteção e reduzir as taxas de infecção pelo HPV e, conseqüentemente, os casos de câncer cervical. Desde 2014, foram imunizadas 5,3 milhões de meninas de 9 a 15 anos no Brasil,¹³ correspondendo a 45,1% do total dessa faixa etária.

TABELA I - Características dos estudos de incidência do HPV e resultados obtidos.

<i>Estudo</i>	<i>Título e objetivos do estudo</i>	<i>Local</i>	<i>Delineamento</i>	<i>Número de casos (n)</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Prevalência de diagnósticos citopatológicos (%)</i>	<i>Positividade para HPV na população estudada (%)</i>	<i>Genótipo de HPV prevalente (%)</i>	<i>Técnica utilizada para genotipagem de HPV</i>
<i>Paesi, 2009</i> ²¹	<p><i>“High Prevalence of Human Papillomavirus Type 58 in Patients With Cervical Pre-malignant Lesions in Southern Brazil”</i></p> <p>Incidência de DNA-HPV em um grupo de pacientes do sul do Brasil com citopatologia anormal, a prevalência do tipo viral, bem como o perfil socioeconômico e sexual das mulheres infectadas com o vírus.</p>	Caxias do Sul	Prospectivo	256	15-70 anos	NLIM: 10,1 NIC I: 26,7 NIC II/ NIC III: 51,5	51,2	HPV16: 26,8 HPV58: 12,9 HPV 11: 9,7 HPV33: 8,60 HPV18: 7,53 HPV53: 7,53 HPV66: 4,30 HPV6: 3,22 HPV39: 2,15 HPV45: 2,15	Nested-PCR, e polimorfismo do comprimento do fragmento de restrição (RFLP).
<i>Coser, 2013</i> ²²	<p><i>“Prevalence and genotypic diversity of cervical human papillomavirus infection among women from an urban center in Brazil”</i></p> <p>Determinar a prevalência do HPV em mulheres que compareceram a um serviço público de saúde em um centro urbano no Brasil.</p>	Cruz Alta	Prospectivo	337	13-82 anos	NLIM: 97 ASCUS: 1,5 LSIL: 0,9 HSIL: 0,6	72,8	HPV62: 7,9 HPV61: 5,3 HPV16: 8,8 HPV33: 8,8	Nested-PCR; restrição ensaios de polimorfismo de comprimento de fragmento com enzimas de restrição
<i>Oliveira, 2013</i> ²⁰	<p><i>“Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil”</i></p> <p>Determinar a prevalência e os genótipos do HPV e identificar os fatores associados à infecção em mulheres, gestantes e não gestantes HIV-1 positivas e negativas, atendidas nos Ambulatórios de Ginecologia e Obstetria e em Unidades Básicas de Saúde em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.</p>	Rio Grande	Prospectivo *Gestantes *HIV positivas	302	14 -70 anos	Sem lesão intraepitelial: 95,8 Com lesão intraepitelial: 4,2	18,2	HPV16: 17 HPV58: 17 HPV6: 12,7 HPV18: 8,5 HPV33: 8,5 HPV53: 5,4 HPV82: 6,3 HPV83: 4,2 HPV61: 4,2 HPV31,35, 45, 64, 68, 71 e 85: 2,1	PCR; sequenciamento (BLASTn)

Franciscatto, 2014 ²³	“Comparison of urine and self-collected vaginal samples for detecting human papillomavirus DNA in pregnant women”	Frederico Westphalen	Transversal *Gestantes	133	Não informado	Não avaliado	54,0	HPV31: 46,1 HPV16: 34,6 HPV33: 15,4 HPV59: 11,5 HPV18: 7,7 HPV39: 3,8	PCR; Ensaio de hibridação colorimétrica de microplacas (MCHA)
Entiauspe, 2014 ²⁴	“High incidence of oncogenic HPV genotypes found in women from Southern Brazil” Detectar o prevalência de infecção por HPV, para identificar genótipos de HPV, e analisar fatores de risco de câncer cervical em uma população feminina representante de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil	Pelotas	Transversal	251	18- 45 anos	NLIM: 54,2 Inflamatório: 38,6 ASCUS: 0,8 NIC I: 2,1 NIC II: 0,4	29,9	HPV16: 41,3 HPV18: 17,3 HPV33: 9,3	Nested-PCR; MegaBACE 1000 DNA sequencer
Entiauspe, 2014 ²⁵	“Uncommon non-oncogenic HPV genotypes, TP53 and MDM2 genes polymorphisms in HIV- infected women in Southern Brazil” Investigar o espectro da infecção pelo HPV, identificar os genótipos mais prevalentes, determinar as frequências do pleomorfismo e sua associação com possíveis fatores de risco para persistência viral e para o desenvolvimento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas do colo uterino em mulheres infectadas pelo HIV.	Pelotas	Transversal *HIV positivas	100	18-45 anos	Não avaliado	68,0	H P V 6 H P V 1 6 H P V 3 1 H P V 1 1 H P V 1 8 H P V 3 5 H P V 4 5 H P V 5 6 HPV81	PCR; Nested-PCR; BLASTn

Salcedo, 2015 ²⁶	<i>“Prevalence of human papillomavirus infection in pregnant versus non-pregnant women in Brazil”</i>	Porto Alegre	Prospectivo *Gestantes x não gestantes	183	15- 44 anos	Exame citopatológico alterado: 15,5	25,3	HPV16: 40 HPV18: 63 HPV32: 3 HPV6 e/ou 11: 9	PCR
Paesi, 2015 ²⁷	<i>“Human papillomavirus among women with atypical squamous cells of undetermined significance in southern Brazil”</i>	Caxias do Sul	Retrospectivo *ASCUS	250	20- 60 anos	ASCUS: 25 (10) Outro diagnóstico: 225 -Inflamatório: 59,1 -LSIL: 31,1 -HSIL: 3,6 -Ca: 0,9	52,0	HPV6/11: 8,8 HPV51: 6 HPV16: 5,6 HPV33: 4,0 HPV68:3,6 HPV44/18: 3,2 HPV35/31: 2,8 HPV56: 2,4 HPV43/52: 1,6 HPV45: 1,2	Nested-PCR, e PCR multiplex seguido por polimorfismo do comprimento do fragmento de restrição (RFLP).
Wohlmeister, 2016 ¹⁰	<i>“Association of human papillomavirus and Chlamydia trachomatis with intraepithelial alterations in cervix samples”</i>	Carazinho	Transversal	169	15-64 anos	NLIM: 89,3 ASCUS: 22,2 LSIL: 55,5 ASCH: 5,5 HSIL: 16,6	20,7	HPV39: 62,8 HPV16: 60 HPV31: 31,4 HPV18:25,7 HPV45: 8,6	PCR; Ensaio de hibridação colorimétrica de microplacas (MCHA)
Coser, 2016 ²⁸	<i>“Cervical human papillomavirus infection and persistence: a clinic-based study in the countryside from South Brazil”</i>	Cruz Alta	Transversal	300	13-82 anos	NLIM: 93 ASCUS: 0,3 LSIL: 0,3 HSIL: 0,7	15,7	HPV16 HPV31 HPV45 HPV56	Nested-PCR, e polimorfismo do comprimento do fragmento de restrição (RFLP).

<i>AHMV, 2017¹²</i>	“Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil): Resultados preliminares “	Brasil e Porto Alegre	Transversal	5812 mulheres e 1774 homens no Brasil; 322 mulheres e 92 homens no RS	16-25 anos	Não avaliado	54,6 no Brasil; 57,1 no RS	HPV de alto risco em 38,4% no Brasil; 45,2% no RS	HPV Linear Array® – Roche Diagnóstica LTDA, baseada em amplificação por PCR, seguida de hibridização.
--------------------------------	--	-----------------------	-------------	---	------------	--------------	----------------------------	---	---

Legenda: NIC (Neoplasia intraepitelial cervical); negativo para lesão intraepitelial ou malignidade (NLIM); células atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASCUS); lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL); células atípicas de significado indeterminado não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASCH); lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL). * Assunto em específico tratado no estudo.

DISCUSSÃO

Por meio de uma revisão da literatura, o presente estudo buscou avaliar a prevalência de genótipos de HPV em amostras cérvico-vaginais no estado brasileiro do Rio Grande do Sul, bem como uma eventual relação das alterações citopatológicas observadas no EC. Visando desta forma, conhecer o panorama da infecção pelo HPV e o desenvolvimento de lesões intraepiteliais, ampliando o entendimento da carcinogênese cervical para futuras ações em saúde.

A partir da interpretação das informações fornecidas pelos artigos que foram incluídos no estudo, verificou-se que a infecção pelo HPV é consideravelmente frequente e crescente, mesmo após a adoção de medidas de prevenção primária promovidas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Tais medidas envolvem duas vacinas profiláticas, incluindo os HPVs oncogênicos tipos 16 e 18.^{1,29}

Em 18 de novembro de 2013, através da Portaria número 54, houve a publicação da decisão de incorporação da vacina quadrivalente contra HPV no Sistema Único de Saúde, a qual confere proteção contra os tipos de HPV6, 11, 16, 18.²⁹ A partir desta data, a implantação do esquema de vacinação para adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 10 a 13 anos de idade, foi instaurado no Brasil. Além disso, uma nova vacina, conhecida como nonavalente, já foi aprovada nos Estados Unidos para a prevenção do HPV tipos 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58, 6 e 11¹⁵, e acredita-se que esta contribuirá para ampliar a proteção e reduzir as taxas de infecção pelo HPV e, conseqüentemente, os casos de câncer cervical. Desde 2014, foram imunizadas 5,3 milhões de meninas de 9 a 15 anos no Brasil,¹³ correspondendo a 45,1% do total dessa faixa etária.

Em um estudo que avaliou a cobertura vacinal na região sul do Brasil, verificou-se que vacinação contra o HPV está relacionada à diminuição do risco de contágio e não a substituição na detecção precoce do CCU em decorrência do grande número de casos de CCU atualmente.^{11,30} Além disso, pode-se observar que o percentual de população vacinada, reduziu de acordo com a dose aplicada, apresentando 98,72% de adesão na primeira dose e 63,63% na segunda dose da vacina no estado do Rio Grande do Sul.¹¹

Em 2007, estimava-se que 70% a 80% dos

casos de câncer de colo do útero eram causados pelos tipos virais 16 e 18, sendo a prevalência no Brasil de 53,2% e 15,8% respectivamente.³⁰ Referente dado corrobora com o estudo de Paesi, 2009,²¹ onde a positividade para HPV era de 51,2% da população incluída, ressaltando uma grande variedade de genótipos. Importante ressaltar ainda, que o HPV16 apresentou maior prevalência, responsável por 26,8% das infecções. Assim como nos estudos seguintes de Oliveira, 2013²⁰ e Coser, 2013²², onde observou-se que o HPV16 era o mais prevalente, com cerca de 17% e 8,8% das infecções, respectivamente.

De acordo com um estudo de revisão realizado em 2013, a implantação de intensas medidas preventivas de rastreamento realizadas nas últimas décadas na região Sul, alcançou uma cobertura de cerca de 90% das mulheres na faixa de risco, propiciou uma redução no número de casos de câncer cervical e desta forma fez com que outras enfermidades mais prevalentes da região tornaram-se o foco das pesquisas locais.³²

Avaliando os estudos sobre prevalência posteriores ao início do esquema vacinal, incluindo Franciscatto, 2014,²³ Entiauspe, 2014,²⁴ Entiauspe, 2014,²³ Salcedo, 2015,²⁶ Paesi, 2015,²⁷ Wohlmeister, 2016,¹⁰ Coser, 2016²⁸ e AHMV, 2017¹² não somente o HPV16 continua prevalente, assim como HPV31, 18, 6 e 11 estão entre os genótipos mais detectados. Referente achado corrobora com dados mundiais, onde as prevalências são de HPV16 (2,5%), HPV18 (0,9%), HPV31 (0,7%) HPV58 (0,6%) e HPV52 (0,6%).³³ Fundamentado também no estudo de AHMV, 2017,¹² onde os genótipos foram estratificados de acordo com o risco para o desenvolvimento de câncer, foi possível verificar que 45,2% das amostras positivas para HPV pertenciam ao grupamento de alto risco oncogênico.

As técnicas de genotipagem utilizadas nos estudos selecionados, conforme descrito na tabela 1, foram reação em cadeia da polimerase (PCR) e Nested-PCR. Estas utilizam reações aninhadas para aumentar a sensibilidade, desta forma requerem procedimentos adicionais de sequenciamento ou hibridação para identificar com precisão o tipo de HPV.^{22,28}

Observou-se também que nos estudos incluídos nesta pesquisa, a incidência de HPV é mais alta em mulheres com menos de 30 anos, com taxas de aquisição maiores nos anos que se seguem o início

da atividade sexual. Corroborando com o estudo de Sanjosé, 2007, que através de uma meta análise com dados mundiais, concluiu que a prevalência de HPV é maior em mulheres com idade inferior a 34 anos. Assim como no estudo de AHMV, 2017¹², que incluiu somente indivíduos entre 16 e 25 anos devido aos comportamentos de risco aumentados nesta faixa etária. E um aumento ocorre em grupos de 45 a 54 anos ou mais de idade em todas as regiões mundiais, com exceção da Ásia.²⁹

No entanto, outros estudos de base populacional demonstraram que mulheres relativamente mais velhas também permanecem com risco de infecção incidente pelo HPV. Embora os estudos definam que a incidência de HPV é representada por infecções recentes, alguns casos podem estar relacionados a infecções latentes e adquiridas há um período maior de tempo. As definições de incidência do HPV nos estudos variam de acordo com os métodos de detecção laboratorial do HPV, intervalos de teste, status do HPV (por exemplo, especificidade de tipo), categorias de HPV incluídas (por exemplo, global, carcinogênico, tipos individuais) e status basal do HPV.^{15, 30}

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero publicadas pelo Ministério da Saúde em 2016¹ associadas as recomendações para utilização de testes de DNA-HPV, estes são recomendados num cenário de rastreamento organizado para identificação de mulheres portadoras de lesões precursoras ou câncer assintomático com mais de 30 anos e podem ser realizados a cada 5 anos.⁴

O conhecimento da prevalência de infecção cérvico-vaginal pelo HPV na população riograndense é de extrema importância para o desenvolvimento de políticas públicas para prevenção desses agravos.¹¹ Nesse sentido, foi realizada esta revisão para verificar o que existe na literatura sobre o assunto, e observou-se que o segundo tipo de HPV mais frequente variou de acordo com a técnica utilizada entre o HPV18, 31 e 35, e a frequência de positividade para HPV variou de 15,7 a 72,8%, sendo a média 40,8% e a mediana 51,2%. Dado importante, que ressalta a efetividade de campanhas de vacinação e rastreamento. Porém, da mesma forma, corrobora com estimativas atuais de doenças neoplásicas,⁴ onde na região Sul do país, o CCU é o quarto tipo de câncer mais frequente (17,48/100 mil) atualmente.

Este estudo apresentou como limitação o relativo baixo número de artigos que tratam do assunto, pois ainda ocorre uma predominância de estudos na região Sudeste do país, podendo ocasionar uma interpretação equivocada da real prevalência de tal vírus no Brasil. Dessa forma, é necessário o estabelecimento dos tipos de HPV que predominam na população brasileira de cada região, possibilitando uma melhor compreensão epidemiológica e da dinâmica da transmissão viral, além do desenvolvimento de adequadas medidas preventivas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2016.
2. WHO. Cervical cancer screening with the HPV test and the pap test in women ages 30 and older. In: Promotion CfDCPNCfCDPaH, editor. 2013.
3. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians 2018;68(6):394-424. doi: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>
4. INCA. Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
5. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International journal of cancer 2015;136(5):E359-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.29210>
6. Macdonald M, Crossley J, Ellis K, Dudding N, Lyon R, Smith J, Tidy JA, Palmer J. Prevalence of high grade cervical intraepithelial neoplasia in women with persistent high risk HPV genotypes and negative cytology. Cytopathology 2018;29(2):133-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/cyt.12516>
7. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, Snijders PJ, Peto J, Meijer CJ, Muñoz N. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. The Journal of pathology 1999;189(1):12-9. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9896\(199909\)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F)
8. Tsikouras P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Iatrakis G, Romanidis C, Bothou A, Galazios G. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. J buon 2016;21(2):320-5.
9. Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, De Sanjosé S, Fakhry C, Monk BJ, Stanley MA, Franceschi S. Carcinogenic human papillomavirus infection. Nature reviews Disease primers 2016;2:16086. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.86>
10. Wohlmeister D, Vianna DRB, Helfer VE, Gimenes F, Consolaro MEL, Barcellos RB, Rossetti ML, Calil LN, Buffon A, Pilger DA. Association of human papillomavirus and Chlamydia trachomatis with intraepithelial alterations in cervix samples. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz 2016;111(2):106-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0074-02760150330>
11. Schuster AD, Renner JDP, Soler MdGP, Lipinsk JM, Cosentino

- SF. Rastreamento e estratégias de prevenção para o câncer do colo do útero no sul do Brasil. Santa Maria: UFSM, NTE, UAB; 2017.
12. AHMV. Estudo Epidemiológico sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HPV (POP-Brasil). Porto Alegre, RS, BR.2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde anuncia vacinação contra HPV para meninos de 11 a 15 anos. Brasília 2017 [citado em 20 de fevereiro de 2020]; Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-06/ministerio-da-saude-anunciavacinacao-contra-hpv-para-meninos-de-11-15-anos>.
14. Nayar R, Wilbur DC. The Bethesda system for reporting cervical cytology: definitions, criteria, and explanatory notes: Springer; 2015.
15. Wheeler BS, Rositch AF, Poole C, Taylor SM, Smith JS. Patterns of incident genital human papillomavirus infection in women: A literature review and meta-analysis. International journal of STD & AIDS. 2019;0956462418824441. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0956462418824441>
16. Tsiodras S, Georgoulakis J, Chranioti A, Voulgaris Z, Psyrris A, Tsvilika A, Panayiotides J, Karakitsos. Hybrid capture vs. PCR screening of cervical human papilloma virus infections. Cytological and histological associations in 1270 women. BMC cancer 2010;10(1):53. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-10-53>
17. Rama CH, Roteli-Martins CM, Derchain SFM, Oliveira EZd, Aldrighi JM, Mariani Neto C. Detecção sorológica de anti-HPV 16 e 18 e sua associação com os achados do papanicolaou em adolescentes e mulheres jovens. Revista da Associação Médica Brasileira 2006;52(1):43-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000100021>
18. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, Kitchener H, Segnan N, Gilham C, Giorgi-Rossi P, Berkhof J, Peto J, Meijer CJLM. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. The lancet 2014;383(9916):524-32. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62218-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62218-7)
19. Tulio S, Pereira LA, Neves FB, Pinto AP. Relação entre a carga viral de HPV oncogênico determinada pelo método de captura híbrida e o diagnóstico citológico de lesões de alto grau. Jornal brasileiro de patologia e medicina laboratorial 2007;43(1):31-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-24442007000100007>
20. Oliveira GR, Vieira VC, Barral MFM, Döwich V, Soares MA, Gonçalves CV, Martinez AMB. Fatores de risco e prevalência da infecção pelo HPV em pacientes de Unidades Básicas de Saúde e de um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2013;35(5):226-32. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000500007>
21. Paesi S, Serafini EP, Barea F, Madi SRC, Echeverrigaray S. High prevalence of human papillomavirus type 58 in patients with cervical pre-malignant lesions in southern Brazil. Journal of medical virology 2009;81(7):1270-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.21410>
22. Coser J, da Rocha Boeira T, Simon D, Kazantzi Fonseca A, Ikuta N, Lunge V. Prevalence and genotypic diversity of cervical human papillomavirus infection among women from an urban center in Brazil. Genet Mol Res 2013;12(4):4276-85. doi: <http://dx.doi.org/10.4238/2013.February.19.3>
23. Franciscatto LG, Silva CM, Barcellos RB, Angeli S, Silva MS, Almeida SE, Rossetti MLR. Comparison of urine and self-collected vaginal samples for detecting human papillomavirus DNA in pregnant women. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2014;125(1):69-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.09.031>
24. Entiauspe LG, Silveira M, Nunes EM, Basgalupp SP, Stauffert D, Dellagostini OA, Collares T, Seixas FK. High incidence of oncogenic HPV genotypes found in women from Southern Brazil. Brazilian Journal of Microbiology 2014;45(2):689-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-83822014005000047>
25. Entiauspe LG, Seixas FK, Nunes EM, Rodrigues FM, Dellagostini OA, Collares T, Silveira MF. Uncommon non-oncogenic HPV genotypes, TP53 and MDM2 genes polymorphisms in HIV-infected women in Southern Brazil. Brazilian Journal of Infectious Diseases 2014;18(6):643-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2014.07.005>
26. Salcedo MM, Damin AP, Agnes G, Pessini SA, El Beitune P, Alexandre CO, Schmelzer KM, Silveira GPG. Prevalence of human papillomavirus infection in pregnant versus non-pregnant women in Brazil. Archives of gynecology and obstetrics 2015;292(6):1273-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-015-3752-8>
27. Paesi S, Correa L, Tregnago MC, Mandelli J, Roesch-Ely M. Human papillomavirus among women with atypical squamous cells of undetermined significance in southern Brazil. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2015;128(1):23-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.07.027>
28. Coser J, da Rocha Boeira T, Wolf JM, Cerbaro K, Simon D, Lunge VR. Cervical human papillomavirus infection and persistence: a clinic-based study in the countryside from South Brazil. The Brazilian Journal of Infectious Diseases 2016;20(1):61-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2015.10.008>
29. Brasil. Vacina contra HPV na prevenção de câncer de colo do útero. In: Ministério da Saúde SdC, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, editor. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2013.
30. Levi JE, Martins TR, Longatto-Filho A, Cohen DD, Cury L, Fuza LM, Villa LL, Eluf-Neto J. High-Risk HPV Testing in Primary Screening for Cervical Cancer in the Public Health System, São Paulo, Brazil. Cancer Prevention Research 2019;12(8):539-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0076>

Recebido em: 27/10/2020

Aceito em: 27/02/2021

Como citar: SCHUSTER, Aline Daniele; WOLHMEISTER, Denise. Prevalência de HPV em amostras cérvico-vaginais no Rio Grande do Sul. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, jan. 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/16266>>. Acesso em: 01 jan. 2020. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v3i1.16266>



Recomendações de prevenção e controle da Covid-19 nas instituições penais: revisão integrativa

Recommendations for prevention and control of Covid-19 in criminal institutions: integrative review

Karine Zenatti Ely¹, Náthalie Costa¹, Janine Koepp¹, Andréia Rosane de Moura Valim¹, Lia Gonçalves Possuelo¹

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Introdução: a Pandemia de COVID-19 representa um grande desafio para saúde pública, especialmente nas instituições penais, onde há dificuldades em cumprir orientações referentes a higiene e ao distanciamento social. **Objetivo:** identificar medidas de prevenção e controle da COVID-19 nas instituições penais. **Método:** revisão integrativa de literatura, realizado em agosto de 2020, nas bases de dados PubMed e LILACS, utilizando os descritores —Infecção por coronavírus¹, —prisões¹ e —prisioneiros¹ e seus equivalentes na língua inglesa. Documentos oficiais também foram incluídos. **Resultados:** foram identificados oito artigos e dois documentos oficiais que respondem à pergunta da pesquisa. A maioria das publicações concordam quanto as recomendações de prevenção e controle da COVID-19, com exceção da liberdade antecipada ou prisão domiciliar para presos que estão em instituições superlotadas, que é um tema polêmico e não há consenso. **Conclusão:** a Pandemia do Covid-19 mostrou a necessidade de reorganizar os processos de trabalho e o cuidado em saúde de forma imediata. As pesquisas ainda não são conclusivas e as instituições estão em processo de adaptação a fim de mitigar o contágio e evitar mortes.

Palavras-chave:

Infecções por coronavírus; Prisioneiros; Prisões.

karine-ely@saude.rs.gov.br

ABSTRACT

Introduction: the Pandemic of COVID-19 represents a major public health challenge, especially in penal institutions, where there are difficulties in complying with guidelines regarding hygiene and social distance. **Objective:** to identify COVID-19 prevention and control measures in penal institutions. **Method:** integrative literature review, carried out in August 2020, in the PubMed and LILACS databases, using the descriptors —Coronavirus infection¹, —prisons¹ and —prisoners¹ and their English equivalents. Official documents were also included. **Results:** eight articles and two official documents that answer the research question were identified. Most publications agree on COVID-19's prevention and control recommendations, with the exception of early release or house arrest for prisoners who are in overcrowded institutions, which is a controversial issue and there is no consensus. **Conclusion:** the Covid-19 Pandemic showed the need to reorganize work processes and health care immediately. The research is not yet conclusive and the institutions are in the process of adapting in order to mitigate contagion and prevent deaths.

Keywords:

Coronavirus infections; Prisons; Prisoners.



INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 atingiu um quantitativo de 20.995.443 pessoas infectadas e 760.774 mortes em 216 países em menos de um ano de evolução, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 14 de agosto de 2020.¹ A doença apresenta alta infectividade e não dispõe de vacina ou tratamento específico, o que vem sobrecarregando os serviços de saúde, especialmente os leitos de terapia intensiva. A principal recomendação das autoridades sanitárias para o controle da doença é o distanciamento físico entre as pessoas, para evitar o contágio e a disseminação do vírus.²

Neste contexto, a População Privada de Liberdade (PPL) ocupa uma posição de grande vulnerabilidade. Somada às condições insalubres de vida, exposição climática, má alimentação, alta incidência de doenças infecciosas e impossibilidade de adesão ao distanciamento social, as instituições penais configuram-se como locais ideais para infecção e adoecimento pela COVID-19. No cenário mundial, o total de casos de SARS-CoV-2 na PPL é de 124.656 casos e 1.486 óbitos com taxa de mortalidade de 1.192/100 mil casos.³

No sistema prisional brasileiro, a taxa de casos de COVID-19 é 42% superior ao índice nacional, somando 15.569 casos confirmados e 89 óbitos em 755 mil presos, o que representa 2.061,37 casos/100 mil habitantes. Entre os servidores penitenciários, são 6.908 casos confirmados e 73 óbitos registrados.⁴

Estratégias de prevenção e controle da COVID-19 no sistema prisional são fundamentais para mitigar o contágio e diminuir a mortalidade, tanto da população encarcerada como da população geral. Diante da magnitude que a COVID-19 pode alcançar, este estudo tem como objetivo identificar medidas de prevenção e controle da COVID-19 nas instituições penais.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que identificou artigos científicos e documentações oficiais referentes a COVID-19 no sistema prisional. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados PubMed e LILACS no mês de agosto de 2020, utilizando os seguintes descritores: “Infecções por Coronavírus”, “Prisões” e “Prisioneiros” no LILACS e “Coronavirus Infections”, “Prisons” e “Prisoners” no PubMed, publicados nos últimos dois anos. Os

documentos oficiais foram pesquisados nas páginas eletrônicas de instituições governamentais, tais como World Health Organization, Ministério da Saúde, Superintendência de Segurança Pública e Conselho Nacional de Justiça.

Foram incluídos artigos e documentos técnicos nos idiomas português e inglês. Foram excluídos artigos de revisão, que apresentaram duplicidade, notas técnicas dos estados da federação e artigos que não apresentavam ou discutiam medidas de prevenção e controle do COVID-19 no sistema prisional. As informações e dados encontrados foram analisados, verificando minuciosamente o seu conteúdo a fim de identificar ações desenvolvidas no sistema prisional para prevenir o contágio e controlar a doença.

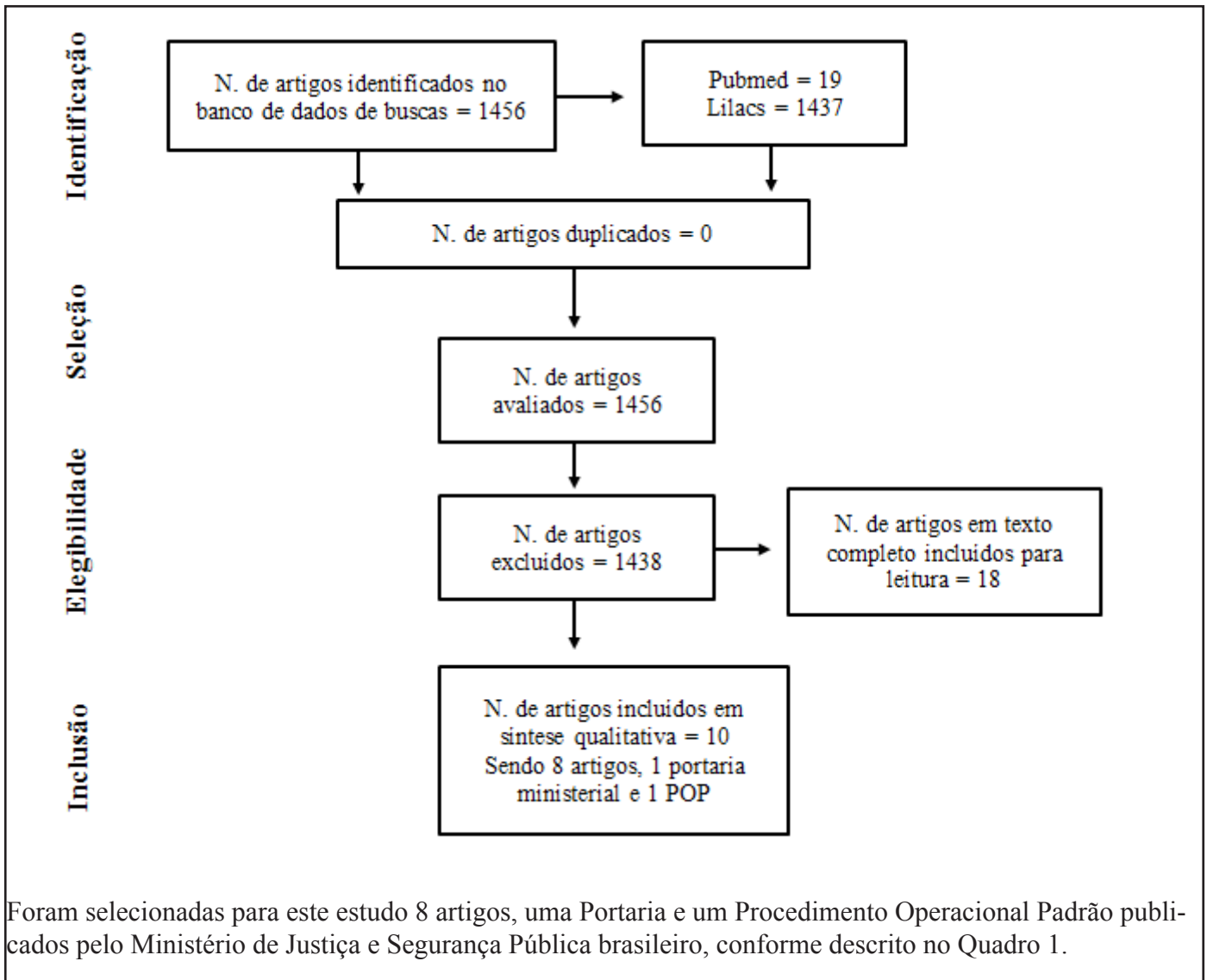
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca dos artigos/documentos nas bases de dados foi realizada no mês de agosto de 2020, e resultou em 1.456 artigos. A Figura 1 apresenta o prisma e descreve os resultados da pesquisa.

As publicações selecionadas configuram-se como estudos descritivos, artigos de opinião/perspectivas, carta ao editor e relatório de morbidade e mortalidade publicados entre maio e agosto de 2020, a maioria oriundos dos Estados Unidos. A Portaria nº 135¹⁴ foi publicada em março de 2020, com o objetivo de prevenir a disseminação do COVID-19 nas instituições penais brasileiras.

O fato de cinco das dez publicações^{5,6,7,9,12} se referirem às instituições penais americanas não é por acaso. Os Estados Unidos possuem a maior população privada de liberdade do planeta, com mais de dez milhões de detenções em 2018 e dois milhões de presos, o que representa quase um quarto da população encarcerada do mundo.^{7,15} Muitas cadeias e penitenciárias encontram-se superlotadas.^{12,16}

Desde que foi declarada a pandemia de COVID-19 pela OMS em 11 de março de 2020, os Estados Unidos apresentam velocidade crescente de mortes e diagnósticos.¹² A transmissão depende da amplitude de contato respiratório entre as pessoas e a principal recomendação dos especialistas é o distanciamento social. As configurações de detenção são extremamente suscetíveis a doenças infecciosas como tuberculose, influenza e outras doenças respiratórias, devido aos fatores ambientais e a vulnerabilidade dos custodiados, podendo amplificar, acelerar e atuar como reservatório destas doenças.^{17,18} Os itens de higiene como sabonete, material de limpeza



e desinfetante para as mãos são restritos. Além disso, os prisioneiros são regularmente transferidos de celas, galerias ou instituição, e o espaço físico é compartilhado com funcionários que entram e saem das prisões todos os dias, facilitando a circulação do vírus intra e extramuros.^{7,12}

Neste contexto, onde entre as fronteiras da comunidade e das instituições penais não estão totalmente fechadas, sobressai a interrelação entre a saúde no sistema prisional e a saúde pública no mundo todo. Intervenções no sistema prisional poderão nivelar a curva de casos de COVID-19 na PPL e limitar o impacto na população geral. Medidas de prevenção podem reduzir a carga sobre o sistema de saúde, uma vez que pacientes gravemente enfermos ocuparão leitos de internação e terapia intensiva, diminuindo sua oferta.^{5-7,12}

As primeiras discussões referentes ao risco de infecção pelo COVID-19 nas instituições penais

apontavam para necessidade de implementação de estratégias de libertação, como liberdade provisória e prisão domiciliar.¹⁹ A política de encarceramento em massa nos Estados Unidos e a proporção de pessoas presas sem uma justificativa de segurança pública para sua detenção é muito alta, o que levou muitas jurisdições a libertar infratores que cometeram crimes leves para mitigar riscos individuais.⁵ O perfil da PPL americana denota alta prevalência de doenças crônicas e envelhecimento, o que contribui diretamente para gravidade da doença viral e morte.²⁰ No Irã foram libertados mais de 70 mil prisioneiros e na Itália, a não liberação, provocou tumultos.⁶⁻⁸ Desta forma, acreditava-se que libertar o maior número de pessoas possível, com foco naqueles que têm menor probabilidade de cometer crimes adicionais, idosos e enfermos poderia diminuir a contaminação pelo COVID-19.^{6,7}

Quadro 1 – Publicações selecionadas para o estudo

Título e Ano	Autor(es)	Objetivos
Incarceration and its disseminations: COVID-19 pandemic lessons from Chicago's Cook County Jail (2020) ⁵	Reinhart E, Chen DL	Analisar a relação entre aspráticas de prisão e infecções por Covid-19 na comunidade do Condado de Cook em Chicago/EUA.
Flattening the curve for incarcerated populations — COVID-19 in jails and prisons (2020) ⁶	Akiyama MJ, Spaulding AC, Rich JD	Planejar uma resposta de segurança que abranja instalações correcionais e a comunidade nos Estados Unidos.
Serial laboratory testing for SARS-Cov-2 infection among incarcerated and detained persons in a correctional and detention facility – Lousiana, April- May 2020 (2020) ⁷	Njuguna H, Wallace M, Simonson S, Tobolowsky FA, James AE, Bordelon K, Fukunaga R, Gold JAW, Wortham J, Sokol T, Haydel D, Tran H, Kim K, Fisher KA, Marlow M, Tate JE, Doshi RH, Curran KG	Avaliar os sintomas do COVID-19 no cenário prisional de Lousiana/EUA e a eficácia dos testes em série para identificar pessoas assintomáticas e pré- sintomáticas para mitigar a transmissão.
The risk of the 'prison-emptying' effect in Italy due to the COVID-19 pandemic (2020) ⁸	Malta G, Zerbo S, Argo A	Avaliar o esvaziamento das prisões na Itália, devido ao pedido de prisão domiciliar por doenças respiratórias.
Strategies mitigating the impact of the COVID-19 pandemic on incarcerated populations (2020) ⁹	Robinson LK, Heyman-Kantor R, Angelotta C	Discutir as questões de saúde mental das pessoas encarceradas nos Estados Unidos durante a pandemia.
Resposta da Justiça Brasileira para proteger a população carcerária da Covid-19 (2020) ¹⁰	Souza CDF	Descrever as medidas adotadas pela justiça brasileira para reduzir o risco de contágio do COVID-19 no sistema prisional.
Reconsidering the immediate release of prisoners during COVID-19 community restrictions (2020) ¹¹	Shepherd S, Spivak BL	Avaliar as estratégias de libertação antecipada na Austrália.
COVID-19 and the Correctional Environment: the american prison as a focal point for public health (2020) ¹²	Montoya-Barthelemy AG, Lee CD, Cundiff DR, Smith EB.	Avaliar os riscos e recomendar medidas de prevenção e controle para os administradores das instituições penais americanas.
Medidas de controle e prevenção do novo Coronavírus (COVID-19) no Sistema Penitenciário Federal (2020) ¹³	Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública	Estabelecer Procedimento Operacional Padrão (POP) a ser adotado em no Sistema Penitenciário Federal brasileiro para controle e prevenção do COVID-19.
Portaria nº 135, de 18 de março de 2020 (2020) ¹⁴	Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública	Estabelecer padrões mínimos de conduta a serem adotados em âmbito prisional visando a prevenção da disseminação do COVID-19 no Brasil

Todavia, pesquisa realizada na Cadeia do Condado de Cook, em Chicago, Illinois, que registrou o maior surto de COVID-19 no sistema prisional dos Estados Unidos, identificou que cada preso liberado em março de 2020 corresponde a 1,8 casos adicionais na comunidade de residência, após controle de variáveis como taxa de pobreza, utilização de transporte público, residentes negros e densidade populacional.⁵ Na Itália, foi concluído que há menos controle sobre a pessoa em ambiente doméstico, pois os agentes penitenciários são obrigados a utilizar equipamentos de proteção individual e toda movimentação é monitorada. As prisões italianas representam ambiente protegido, por contar com profissionais de saúde ininterruptamente e acesso rápido ao cuidado de maior complexidade.⁸ Na Austrália e nos Estados Unidos, autoridades estão preocupadas com a reintegração ao ambiente comunitário comprometido, com restrições sociais, contração econômica, desemprego e discriminação. Serviços de apoio encontram-se sobrecarregados ou indisponíveis no momento que prisioneiros libertos mais precisam deles.^{11,12}

A discussão ampliada deve considerar, além das consequências das práticas de aprisionamento e libertação para disseminação da COVID-19, a contribuição dos profissionais do sistema prisional neste processo, considerados trabalhadores essenciais.^{9,12} A falta de dados mínimos sobre este segmento é uma limitação, pois pessoas que entram e saem das prisões todos os dias têm alto potencial de disseminar o vírus em suas comunidades.⁵⁻⁷

Paralelamente, iniciou-se o processo de suspensão de visitas de membros da comunidade, limitação de visitas de representantes legais e redução das transferências interinstitucionais.⁶ O CDC recomendou o isolamento imediato de pacientes COVID-19, quarentena, monitoramento diário de sintomas de pessoas expostas, limpeza rigorosa e desinfecção de superfícies.^{7,17}

No Brasil, as recomendações do Conselho Nacional de Justiça para o sistema de justiça criminal e socioeducativo, estão alinhadas às diretrizes globais e baseadas em evidências científicas. Recomendações com foco em grupos de risco; redução de aglomerações populacionais; manter o distanciamento e o isolamento social; medidas de gestão e atuação em casos suspeitos constam nos documentos oficiais^{13,14}. Estas recomendações configuraram-se como diretrizes para elaboração de Notas Técnicas estaduais e municipais. As recomendações como foco em grupos de risco

incluem a reavaliação das prisões provisórias, permitindo a saída antecipada dos regimes fechado e semiaberto, com prioridade para gestantes, lactantes, mães ou responsáveis por crianças de até 12 anos ou deficientes, idosos, indígenas e pessoas com deficiência.^{10,12,14,21,22} A fim de reduzir as aglomerações, deve ser dada prioridade para pessoas presas em instituições superlotadas, que não dispõem de equipe de saúde, em medida de interdição e cujas instalações favorecem a disseminação do COVID-19.^{10,13,14}

Um plano de contingência de cada instituição penal deve determinar as regras de visitação fracionada e entrega de bens à PPL, tornando obrigatória a limpeza dos espaços de visitação, utilização de máscaras de proteção facial e proibição de entrada de visitantes sintomáticos.¹⁰ A restrição de visitas estende-se aos advogados e está proibida para pessoas com mais de sessenta anos, portadores de doenças crônicas, grávidas, crianças e qualquer pessoa sintomática.¹⁴

As medidas de distanciamento social incluem suspensão das audiências de custódia e do dever de apresentação regular ao tribunal de condenados em regime aberto, prisão domiciliar, penas restritivas de direitos, suspensão de execução da pena de liberdade condicional, prisão domiciliar por dívidas de alimentos, reprogramação de audiências e realização por videoconferência, extensão ou postergação do benefício de saída temporária.^{10,14} A gestão do sistema prisional deve estar atenta a identificação de casos suspeitos, medidas preventivas de higiene, fornecimento de medicamentos e insumos, abastecimento de água, gerenciamento de transferências e de pessoal, caso apresentarem sintomas. As penalidades pecuniárias devem ser destinadas a aquisição de equipamentos de limpeza, proteção e saúde.^{10,13,14} Está prevista a suspensão das atividades educacionais, de trabalho, assistência religiosa ou qualquer outra atividade que promova aproximação física entre os presos. Campanhas educacionais e de conscientização envolvendo servidores, visitantes e PPL torna-se fundamental.¹⁴

Diante de casos suspeitos, os sintomáticos devem ser mantidos em isolamento e os casos graves encaminhados imediatamente para referência local de tratamento para o COVID-19.^{10,13} Testes em série, identificação imediata e o isolamento de pessoas infectadas são importantes para reduzir a transmissão adicional.⁷ Deverão ser criadas áreas específicas para isolamento de presos sintomáticos e para isolamento de presos idosos ou com doenças crônicas, além da separação imediata de presos que ingressam por

prisão em flagrante ou transferência.¹⁴

Nos Estados Unidos, para manter um grau de conexão para pessoas encarceradas, algumas instituições penais estão fornecendo serviços de teleconferência para visitas pessoais e legais.⁶ Entende-se que as intervenções de isolamento e quarentena, poderão piorar as questões de saúde mental pré-existentes.^{5,12,20}

CONCLUSÃO

As condições insalubres, o perfil da PPL e a superlotação das instituições penais tornam o controle da infecção pelo SARS-Cov-2 particularmente difícil. O risco de infecção no sistema carcerário pode ser generalizado para toda a população, pois pessoas presas são liberadas e os trabalhadores prisionais retornam para suas comunidades atuando como possíveis vetores para suas famílias, vizinhos e comunidade.

Desta forma, torna-se fundamental o controle da infecção no sistema prisional. Várias propostas e intervenções estão sendo realizadas, porém não há um consenso sobre algumas estratégias, como a libertação antecipada de presos. O desafio extrapola a atuação dos profissionais de saúde e segurança, pois o contexto violação de direitos destaca as injustiças e desigualdades presentes no cenário atual.

Além das medidas de prevenção e controle, torna-se necessário que o poder público garanta recursos para implementar estas recomendações. A pandemia do COVID-19 pode agravar a dupla crise, sanitária e processual, no sistema penal brasileiro e suas consequências atingirão toda a população.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [documento na internet]. Geneva: WHO; 2020.
2. Islam N, Sharp SJ, Chowell G, Shabnam S, Kawachi I, Lacey B, Massaro JM, Dádostino RB, White M. Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. *BMJ* 2020;370:m2743 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2743>
3. Departamento Penitenciário Nacional. Painéis de Monitoramento. Medidas de combate ao COVID-19: Dados atualizados em 06/07/2020 [documento na internet]. DEPEN: 2020. [atualizado em 06 de julho de 2020; citado em 15 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/covid-19-painel-de-monitoramento-dos-sistemas-prisionais>
4. Conselho Nacional de Justiça. Registro de contágio e óbitos [documento na internet]. CNJ: 2020. [citado em 15 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://cnj.jus.br/sistema-carcerario/covid-19/registros-de-contagios-obitos/>
5. Reinhart E, Chen DL. Incarceration And Its Disseminations: COVID-19 Pandemic Lessons From Chicago's Cook County Jail. *Health Affairs* 2020;39(8):1412-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00652>
6. Akiyama MJ, Spaulding AC, Rich JD. Flattening the Curve for Incarcerated Populations — Covid-19 in Jails and Prisons. *New England Journal of Medicine* 2020; 382:2075-7 doi: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2005687>
7. Njuguna H, Wallace M, Simonson S, Tobolowsky FA, James AE, Bordelon K, Fukunaga R, Gold JAW, Wortham J, Sokol T, Haydel D, Tran H, Kim K, Fisher KA, Marlow M, Tate JE, Doshi RH, Curran KG. Serial laboratory testing for SARS-Cov-2 infection among incarcerated and detained persons in a correctional and detention facility – Louisiana, April-May 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020;69:836- 40. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6926e2>
8. Malta G, Zerbo S, Argo A. The risk of the 'prison-emptying' effect in Italy due to the Covid-19 pandemic. *Medico-Legal Journal* 2020;88(2):103-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0025817220923697>
9. Robinson LK, Heyman-Kantor R, Angelotta C. Strategies mitigating the impact of the COVID-19 pandemic on incarcerated populations. *American Journal of Public Health*. 2020;110(8):1135-6. doi: <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2020.305754>
10. Souza CDF. Resposta da Justiça Brasileira para proteger a população carcerária da Covid-19. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2020;66(5):577-9. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.5.577>
11. Shepherd S, Spivak BL. Reconsidering the immediate release of prisoners during COVID-19 community restrictions. *Medical Journal of Australia* 2020;213(2):58-9. doi: <https://dx.doi.org/10.5694/mja2.50672>
12. Montoya-Barthelemy AG, Lee CD, Cundiff DR, Smith EB. COVID-19 and the Correctional Environment: the american prison as a focal point for public health. *American Journal of Preventive Medicine* 2020;58(6):888-91. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2020.04.001>
13. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Medidas de controle e prevenção do novo Coronavírus (COVID-19) no Sistema Penitenciário Federal. [documento na internet]. DEPEN: 2020. [citado em 20 de setembro de 2020]. Disponível em: https://www.gov.br/depen/pt-br/copy3_of_POPCOVID193REVIS028.05.20.pdf
14. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Portaria nº 135, de 18 de março de 2020. [documento na internet]. *Diário Oficial da União*: 2020. [citado em 09 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-135-de-18-de-marco-de-2020-248641860>
15. Wagner P, Sawyer W. States of incarceration: the global context 2018 [documento na internet]. Northampton (MA): Prison Policy Initiative; 2018 [citado em 11 de junho de 2020]. Disponível em: <https://www.prisonpolicy.org/global/2018.html>
16. American Civil Liberties Union. Overcrowding and overuse of imprisonment in the United States. American Civil Liberties Union (ACLU) Submission to the Office of the High Commissioner for Human Rights [documento na internet]. New York (NY): ACLU; 2015 [citado em 11 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/RuleOfLaw/OverIncarceration/ACLU.pdf>

17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance on management of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in correctional and detention facilities. [documento na internet] Londres: CDC; 2020 [citado em 11 de setembro de 2020]. Disponível em: www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html
18. Maruschak Uschak LM, Sabol WJ, Potter RH, Reid LC, Cremer EW. Pandemic influenza and jail facilities and populations. *American Journal of Public Health* 2009;99(2):339S-44. doi: <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.175174>
19. Editorial Board. No one deserves to die of Covid-19 in jail. *New York Times* [documento na internet] New York: NYT: 2020 [citado em 12 de setembro de 2020]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/23/opinion/coronavirusprisons.html>
20. Wilper AP, Woolhandler S, Boyd JW, Lasser KE, McCormick D, Bor DH, Himmelstein DU. The health and health care of U.S. prisoners: results of a nationwide survey. *American Journal of Public Health* 2009;99(4):666-72. <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.144279>
21. Kwok KO, Li KK, Chan HHH, Yi YY, Tang A, Wei WI, et al. Community responses during early phase of COVID-19 Epidemic, Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases* 2020;26(7):1575-79. doi: <http://dx.doi.org/10.3201/eid2607.200500>
22. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al.; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine* 2020;382(18):1708-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>

Recebido em: 27/10/2020

Aceito em: 27/02/2021

Como citar: ELY, Karine Zenatti et al. Recomendações de prevenção e controle da covid-19 nas instituições penais: revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, jan. 2020. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/16269>>. Acesso em: 01 jan. 2020. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v3i1.16269>